

## Tilburg University

### **Wel thuis! De beleving van migrant zijn, psychische gezondheid en Kwaliteit van Leven bij Turken in Nederland**

Can, M.

*Publication date:*  
2010

*Document Version*  
Publisher's PDF, also known as Version of record

[Link to publication in Tilburg University Research Portal](#)

*Citation for published version (APA):*  
Can, M. (2010). *Wel thuis! De beleving van migrant zijn, psychische gezondheid en Kwaliteit van Leven bij Turken in Nederland*. Ridderprint.

#### **General rights**

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

#### **Take down policy**

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

## **WEL THUIS!**

**De beleving van migrant zijn, psychische gezondheid  
en Kwaliteit van Leven bij Turken in Nederland**

ISBN: 978-90-5335-320-2

Author:	Murat Can
Lay-out and printing:	Simone Vinke, Ridderprint BV, Ridderkerk, the Netherlands
Cover design:	Printemps Design & Mension Medical Refresher

© 2010, Murat Can, the Netherlands

# WEL THUIS!

De beleving van migrant zijn, psychische gezondheid  
en Kwaliteit van Leven bij Turken in Nederland

Proefschrift

ter verkrijging van de graad van doctor aan de Universiteit van Tilburg op gezag van de  
rector magnificus, prof.dr. Ph. Eijlander, in het openbaar te verdedigen ten overstaan van  
een door het college voor promoties aangewezen commissie in de aula van de Universiteit  
op vrijdag 19 november 2010 om 14.15 uur

door

Murat Can, geboren op 7 juli 1961 te Gaziantep, Turkije.

Promotores:

Prof. dr. G.L. van Heck

Prof. dr. P.P.G. Hodiamont

## Voorwoord

Net als onze onderzoekspopulatie ben je als onderzoeker gedurende het afmaken van het karwei een ‘migrant’ die van hot naar her pendelt, die urenlang op sommige plaatsen en bij sommige mensen verblijft, etc. en dit komt dan bovenop het daadwerkelijk migrant zijn met alle gevolgen van dien. Dit vraagt veel tijd, energie, geduld, doorzettingsvermogen, psychisch en lichamelijk ontspannen zijn, sociaal niet geïsoleerd raken, werken en gezin onderhouden en alle andere taken en rollen die niet verwaarloosd mogen worden en noem maar op. Je zou in ieder geval niet het slachtoffer moeten worden van je succes. Je mag dus niet het risico lopen om de al bestaande dingen die je hebt en wat je bent, kwijt te raken. Het is mij gelukt om met zo min mogelijk schade dit te realiseren. Hoe? Dankzij en ondanks vele mensen.

Wetende dat het verrichten van wetenschappelijk onderzoek niet makkelijk is en niet wetende dat dit bij, met en onder migranten nog moeilijker zou zijn, is het mij uiteindelijk gelukt om dit onderzoek te verrichten.

De tot standkoming van dit proefschrift is het resultaat van veel inspanning van niet alleen de onderzoeker, maar ook van vele anderen. Eén van de eerste triggers voor mij om zo’n karwei te durven beginnen, was de uitspraak van mijn toenmalige Raad van Bestuur, Dr. Willem van Hezewijk en A-opleider Prof. Dr. Paul Hodiamont, later één van mijn promotoren. Dankzij het feit dat zij mij wakker geschud hebben, ben ik begonnen aan dit langdurige proces, namelijk: onderzoek doen en een proefschrift schrijven. Ik ben hen daarvoor zeer erkentelijk. Verder zou dit onderzoek niet zonder de trouwe medewerking van 429 Turkse respondenten mogelijk geweest zijn. Om sommige vragenlijsten in het Turks te kunnen vinden, ben ik naar Turkije gereisd. Zowel in İstanbul als in Ankara werd ik erg warm onthaald en geholpen door enkele academici, zoals; Prof. Dr. K. Ögel, Prof. Dr. S. Gülgöz, Prof. Dr. G. Soygüt, Prof. Dr. A. Göğüş (+), Prof. Dr. H. Türkçapar en Dr. Emre Konuk. Van harte dank ik hen. Ook de bijna 60 mensen van de focusgroep hebben een grote bijdrage geleverd. Ook de wetenschappelijke commissie van de toenmalige GGZ Midden Brabant in de persoon van collega Ton Meeuwissen, toenmalige managers van de afdeling Volwassenen, Marcel Hoeven, Henk Korthals, Hans Uiterwijk en de manager en medewerkers van de afdeling ASK van dezelfde GGZ-instelling, hebben belangrijke bijdragen geleverd. Ook heb ik veel ondersteuning gekregen van collega Dr. Joop van den Boogaard, die op jonge leeftijd onverwacht gestorven is. Jammer dat hij deze resultaten niet mee mocht maken. Ik ben allen zeer erkentelijk.

Ook moet ik collega’s Sercan Engin, Carl van Bortel, Nursen Ünlü en Roel Schepman bedanken voor hun hulp en ondersteuning. Ook aan vriend Dr. Cor Hoffer, collegae Mehmet Hacıhasanoğlu, Melike Bağcı, Esma Yıldız, Bengü Yükselen, Janny Muijsen, Derya Kunt en Neerlandicus Josette van Heck ben ik dank verschuldigd vanwege hun steun op verschillende wijze. Verder wil ik het bestuur en de directie van Esens- GGZ bedanken voor

hun ondersteuning in dit traject. Ook mijn ouders en broer Bülent en schoonzus Gülcan hebben mij op verschillende manieren gesteund. Daarom gaat mijn dank ook naar hen toe.

Ik wil uiteraard mijn paranimfen niet vergeten: Çağlar Arısoy en Dirck van Bakkum. Jullie letterlijke en figuurlijke steun zal ik nooit vergeten, hartelijk dank daarvoor. Ook de directie en medewerkers van Ridderprint ben ik veel dank verschuldigd voor hun inzet.

Uiteraard hadden zulke werkzaamheden vrij veel invloed op ons gezinsleven. In dit geval dank ik veel aan mijn vrouw Hatice en mijn kinderen Anıl en Engin voor hun ondersteuning, stimulans, geduld en bereidwilligheid in welke vorm en wanneer dan ook. Vooral opmerkingen van Anıl gaven mij extra kracht, omdat hij zei dat ik nog een poos moest wachten om samen met hem te promoveren. Je bent en jullie zijn schitterend!

Ja, wie blijven er verder over om te danken dan mijn promotoren Prof. Dr. Guus van Heck en Prof. Dr. Paul Hodiament. Hun wijsheid, geduld en ondersteuning hebben mij zo ver gebracht: hartelijk dank hiervoor.

Murat Can

Rijen, november 2010

# Inhoudsopgave

<b>Voorwoord</b>	<b>5</b>
------------------	----------

## Lijst van tabellen en figuren

<b>1</b>	<b>Algemene inleiding</b>	<b>19</b>
1.1	Inleiding	21
1.2	Migratie en migranten: een begripsbepaling	21
1.3	Turken in Nederland	23
1.4	Onderzoekskader	25
1.5	Theoretisch kader	26
1.6	Algemene doelstelling	30
1.7	Vraagstellingen	31
1.8	Beschrijving van de verschillende onderzoeksgroepen	32
1.8.1	Onderzoeksgroep 1: de GGZ- a populatie ( $n=204$ )	33
1.8.1.1	Beloning	33
1.8.2	Onderzoeksgroep 2: de GGZ- b populatie ( $n=25$ )	34
1.8.2.1	Beloning	34
1.8.3	Onderzoeksgroep 3: Algemene Populatie (AP) van Turkse Nederlanders ( $n=200$ )	34
1.8.3.1	Werving	34
1.8.3.2	Beloning	36
1.9	Methodologie	36
1.9.1	Instrumenten voor het meten van algemene kenmerken	36
1.9.2	Instrument om de beleving van migrant zijn te meten	37
1.9.3	Meetinstrumenten voor As-I-stoornissen	37
1.9.4	Meetinstrumenten voor As- II-stoornissen	37
1.9.5	Meetinstrument voor Kwaliteit van Leven	38
1.10	Beperkingen van dit onderzoek	38
1.11	Voorzorgsmaatregelen met betrekking tot het diagnostisch gesprek	39
1.12	De indeling van dit proefschrift	39
1.13	Literatuur	41
<b>2</b>	<b>Kenmerken van de steekproef</b>	<b>49</b>
2.1	Inleiding	51
2.1.1	Dataverzameling en dataverwerking	51
2.2	Demografische kenmerken	51



2.2.1	Geslacht	51
2.2.2	Leeftijd	52
2.2.3	Burgerlijke staat en het hebben van kinderen	52
2.3	Sociaaleconomische kenmerken	53
2.3.1	Opleidingsniveau	53
2.3.2	Woonplaats in Turkije vóór de migratie	54
2.3.3	Binnenlandse migratie	54
2.3.4	Verblijfsduur in Nederland	54
2.3.5	Reden van migratie naar Nederland	55
2.3.6	Niveau van beheersing van de Nederlandse taal	55
2.3.7	Niveau van beheersing van de Turkse taal	56
2.3.8	Huidig werk	57
2.4	Sociaal-culturele kenmerken	57
2.4.1	Familie in Nederland	57
2.4.1.1	Contacten met de familie	57
2.4.2	De aanwezigheid van een vertrouwenspersoon	57
2.4.3	Contacten met Nederlanders	58
2.4.4	Ervaren discriminatie	58
2.4.5	Activiteiten met het oog op spanningsreductie	59
2.4.5.1	Passief ontspannen	59
2.4.5.2	Actief ontspannen	59
2.4.5.3	Agressief ontspannen	60
2.4.6	Religieuze kenmerken	60
2.4.6.1	Geloof	60
2.4.6.2	Gevoel van onderdrukking vanwege het geloof	62
2.4.6.3	De mate van praktiseren van het geloof	62
2.4.6.4	Het bidden	63
2.4.6.5	Geloof in traditionele geneeswijzen	64
2.4.7	Wensen ten aanzien van de plaats om de toekomst/oude dag door te brengen	65
2.4.7.1	Het land waar men de laatste levensdagen zou willen door brengen	65
2.4.8	Gedachten en gevoelens ten aanzien van Turkije	66
2.4.8.1	De frequentie van het bezoek aan het land van herkomst (Turkije)	66
2.4.8.2	Hoe voelt men zich in Turkije in vergelijking tot vroeger?	66
2.4.8.2.1	Waarom voelt men zich wel of niet op zijn/haar gemak in Turkije?	67
2.4.9	Gedachten en gevoelens ten aanzien van Nederland	68
2.4.9.1	Tevredenheid met het leven in Nederland	68
2.4.9.2	Redenen voor ontevredenheid met het leven in Nederland	69
2.4.9.3	Positieve kanten van het leven in Nederland	69

2.4.9.4	Negatieve kanten van het leven in Nederland	71
2.4.9.5	De verwachtingen ten aanzien van het leven in Nederland	71
2.4.9.6	De grote zorg van de respondenten in Nederland	73
2.4.9.7	Angsten van de respondenten in Nederland	73
2.5	Conclusies	74
2.6	Literatuur	76
<b>3</b>	<b>Beleving van het migrant zijn, een literatuurverkenning</b>	<b>79</b>
3.1	Inleiding	81
3.2	Belevingsaspect	82
3.2.1	Omgaan met het migrant zijn	84
3.3	Mogelijke emotionele betekenissen van migratie bij migranten	88
3.3.1	Negatieve emotionele betekenissen van migratie en migrant zijn bij migranten	89
3.3.2	Positieve emotionele betekenissen van migratie en migrant zijn bij migranten	90
3.4	Conclusies	91
3.5	Literatuur	92
<b>4</b>	<b>Het ontwikkelen van de Vragenlijst 'Beleving van Migrant zijn'</b>	<b>97</b>
4.1	Inleiding	99
4.2	Doelstelling van deze vragenlijst	99
4.3	Vraagstellingen	100
4.4	Hypotheses	100
4.5	Dataverzameling en dataverwerking	100
4.6	Het voortraject	101
4.6.1	Adviesgroep/Expertpanel	103
4.6.2	Tweede ronde	104
4.6.3	Derde ronde	104
4.6.4	Vierde ronde	104
4.6.5	Vijfde ronde	105
4.7	Onderzoeksprocedure	105
4.7.1	Factoranalyse	105
4.8	Betrouwbaarheidsanalyse van de VBM-schalen	110
4.9	Beschrijving van de VBM- schalen	111
4.9.1	Schaal 1: Afwijzing en Gebrek aan Acceptatie	111
4.9.2	Schaal 2: Verlieservaringen, Verwarring en Onzekere Identiteiten	112
4.9.3	Schaal 3: Oriëntatie op het Land van Herkomst en Gerichtheid op het Verleden	113
4.9.4	Schaal 4: Onderling Wantrouwen en Achterdocht, Loyaliteitsconflict, Distantiëren van Landgenoten	114

4.9.5.	Schaal 5: Verrijking, Uitdaging en Tevredenheid in Nederland	115
4.10	Valideren van de VBM	115
4.10.1	Analyses	115
4.10.1.1	Voorbereidende analyses en hercoderen van enkele variabelen	116
4.10.1.2	Identificeren van eventuele controlevariabelen	116
4.10.1.3	Correlaties tussen de afhankelijke variabelen	117
4.10.1.3.1	Intercorrelaties van de VBM- schalen voor de GGZ- populatie ( $n = 229$ )	117
4.10.1.3.2	Intercorrelaties van de VBM-schalen voor de Algemene Populatie ( $n = 200$ )	118
4.10.1.4	Verschillen in de beleving van migrant zijn (VBM) tussen respondenten van de GGZ- populatie ( $n = 229$ ) en de Algemene Populatie ( $n = 200$ )	119
4.10.1.5	Verschillen in de beleving van migrant zijn (VBM) tussen mannen ( $n = 168$ ) en vrouwen ( $n = 261$ )	120
4.10.1.6	Verschillen in de beleving van migrant zijn, gerelateerd aan psychiatrische diagnose	121
4.10.1.7	Correlaties voor de GGZ-populatie ( $n = 229$ )	122
4.10.1.7.1	Correlaties van de VBM- schalen met de NEO-schalen	122
4.10.1.7.2	Correlaties van de VBM- schalen met de scores op de afzonderlijke WHOQOL-domeinen van Kwaliteit van Leven	123
4.10.1.7.3	Correlaties van de VBM- schalen met de SCL-90- schalen	124
4.10.1.8	Correlaties voor de Algemene Populatie van Turken in Nederland ( $n = 200$ )	125
4.10.1.8.1	Correlaties van scores op de VBM-schalen met scores op de WHOQOL-domeinen van Kwaliteit van Leven	125
4.10.1.8.2	Correlaties tussen de VBM- schalen en de SCL-90- schalen; AP- groep	126
4.10.1.9	Verschillen tussen de gevonden correlaties voor de GGZ-populatie en de Algemene Populatie	127
4.10.1.10	Regressieanalyses	128
4.10.1.10.1	Multiple regressieanalyses van de VBM- schalen op de WHOQOL-100	128
4.10.1.10.2	Logistische regressieanalyses van de VBM- schalen op de NEO-PI-R en As- I-stoornissen	129
4.10.1.10.3	Logistische regressieanalyses met betrekking tot wel of niet hebben van As-I-stoornissen	129
4.10.1.10.4	Logistische regressieanalyses met betrekking tot wel of niet hebben van As-II-stoornissen	130
4.11	Conclusies	131
4.12	Literatuur	134

<b>5</b>	<b>Psychische gezondheid van Turken in Nederland</b>	<b>135</b>
5.1	Inleiding	137
5.2	Gezondheidsdeterminanten	137
5.3	Determinanten van de gezondheid van migranten	138
5.4	Migratie en psychische gezondheid	141
5.4.1	Migratietheorieën en (psychische) gezondheid	141
5.5	Gezondheid en ziekte	144
5.6	Psychiatrische stoornissen in de steekproef	145
5.6.1	Doel- en vraagstellingen	145
5.6.2	Hypotheses	145
5.6.3	Dataverzameling en -verwerking	146
5.7	Psychiatrische stoornissen bij migranten: een literatuurverkenning	146
5.8	Diagnostiek aan de hand van de DSM-IV-criteria	151
5.9	Diagnoses op As-I van de DSM-IV	153
5.9.1	Algemene constatering	153
5.9.2	Overzicht van de gestelde diagnoses	153
5.9.3	Prevalentie van As-I-diagnoses bij de GGZ-a populatie	157
5.9.4	Man- vrouw verschillen	162
5.9.5	Constateringen op basis van de SCL-90 ten aanzien van de totale onderzoeksgroep ( <i>N</i> = 429)	162
5.9.5.1	De totale score op de SCL-90	163
5.9.5.2	Verschillen in psychische klachten (SCL-90) tussen mannen en vrouwen	164
5.9.5.3	Verschillen in psychische klachten (SCL-90) tussen respondenten van de GGZ-populaties en de Algemene Populatie van Turken in Nederland	165
5.9.5.4	Vergelijking van de SCL-90-scores van de Turkse onderzoeksgroep met de algemene (Nederlandse) normgroep	166
5.10	Stoornissen op As-II van de DSM-IV	167
5.10.1	Migratie en persoonlijkheid	167
5.10.2	Persoonlijkheidsstoornissen bij de GGZ-a populatie	170
5.10.3	Prevalentie van As-II-stoornissen	172
5.10.4	Relaties tussen As-I-stoornissen en As-II-stoornissen	174
5.10.5	Constateringen op basis van de NEO-PI-R	174
5.10.5.1	Betrouwbaarheidsanalyse van de NEO-PI-R-scores bij de GGZ-a populatie	175
5.10.5.2	Verschillen in persoonlijkheidskenmerken (NEO-PI-R) tussen mannen en vrouwen	175
5.10.5.3	Correlaties tussen de NEO-PI-R-schalen en scores voor de WHOQOL-domeinen voor de totale GGZ-populatie	176

5.10.5.4	Correlaties voor de GGZ-a populatie tussen de NEO-schalen met de SCL-90-schalen	178
5.11	Conclusies	178
5.12	Literatuur	181
<b>6</b>	<b>Kwaliteit van Leven bij Turken in Nederland</b>	<b>201</b>
6.1	Inleiding	203
6.2	Definitie van Kwaliteit van Leven	204
6.3	De meting van Kwaliteit van Leven	205
6.3.1	Algemene vragenlijsten	205
6.3.2	Ziektespecifieke vragenlijsten	205
6.4	Kwaliteit van Leven volgens de WHOQOL-Groep	206
6.5	De WHOQOL en de Turkse steekproef	208
6.5.1	De ervaren gezondheid	209
6.5.1.1	De subjectieve beleving van gezondheid: een literatuurverkenning	209
6.5.1.2	De vraagstelling met betrekking tot ervaren gezondheid	210
6.5.1.3	De hypothesen	210
6.5.1.4	Dataverzameling en dataverwerking	211
6.5.1.5	De ervaren algemene gezondheid	211
6.5.2	De ervaren klachten/ziekten tot nu toe	213
6.5.2.1	Dataverzameling en dataverwerking	213
6.5.2.2	De huidige ervaren klachten/ziekten	215
6.5.3	Bevindingen met betrekking tot Kwaliteit van Leven	216
6.5.3.1	De vraagstelling	216
6.5.3.2	De hypothesen	217
6.5.3.3	Dataverzameling en dataverwerking	217
6.5.3.4	Betrouwbaarheidsanalyses	217
6.6	Vergelijkingen	219
6.6.1	Verschillen in Kwaliteit van Leven tussen de GGZ-populatie ( $n = 229$ ) en de Algemene Populatie van Turken in Nederland ( $n = 200$ )	219
6.6.2	Verschillen in Kwaliteit van Leven tussen mannen en vrouwen	220
6.6.3	Intercorrelaties van de WHOQOL-domeinen bij de GGZ-populatie ( $n=229$ )	222
6.6.4	Intercorrelaties van de WHOQOL-domeinen bij de Algemene Populatie van Turken in Nederland ( $n=200$ )	222
6.6.5	Verschillen in Kwaliteit van Leven in relatie tot psychiatrische diagnoses	222
6.6.6	Correlaties tussen de WHOQOL-domeinen en de SCL-90-schalen: GGZ-populatie	224

6.6.7	Correlaties tussen scores op de WHOQOL-domeinen en de SCL-90-schalen: de Algemene Populatie van Turken in Nederland	224
6.7	Conclusies	225
6.8	Literatuur	227
<b>7</b>	<b>Samenvatting en discussie</b>	<b>237</b>
7.1	Conceptueel kader	239
7.2	Algemene doelstelling	240
7.3	De steekproef	240
7.4	Methodologie	240
7.5	Reflectie op de gevonden onderzoeksresultaten	241
7.5.1	De achtergrondkenmerken van de steekproef	241
7.5.2	De beleving van migrant zijn	242
7.5.3	De beleving van migrant zijn van Turken in Nederland	243
7.5.4	De psychische gezondheid van Turken in Nederland	245
7.5.4.1	As-I-stoornissen	245
7.5.4.2	As-II-stoornissen	246
7.5.4.3	De relatie tussen As-I-stoornissen en As-II-stoornissen	248
7.5.5	De Kwaliteit van Leven van Turken in Nederland	248
7.5.5.1	Ervaren algemene gezondheid	248
7.5.5.2	De Kwaliteit van Leven van Turken in Nederland	248
7.6	Algemene conclusies en aanbevelingen: ergens thuis?	249
7.6.1	Hoe nu verder?	251
7.6.1.1	Een algemeen advies	251
7.6.1.1.1	Wat is bi-culturaliteit?	251
7.6.1.1.2	Aanbevelingen met betrekking tot bi-culturaliteit	252
7.6.2	Aanbevelingen met betrekking tot de maatschappij	253
7.6.3	Aanbevelingen met betrekking tot de geestelijke gezondheidszorg	254
7.7	Literatuur	258
<b>8 A</b>	<b>Summary</b>	<b>261</b>
<b>8 B</b>	<b>Türkçe Özet (samenvatting Turks)</b>	<b>273</b>
<b>9</b>	<b>Bijlagen</b>	<b>283</b>
Bijlage 1.1:	Biografische Anamneselijst	285
Bijlage 2.1:	Activiteiten voor spanningsreductie	292
Bijlage 2.2:	Traditionele geneeswijzen	293
Bijlage 2.3:	Verwachtingen van het leven in Nederland thans	294

Bijlage 2.4:	De grote zorg in het Nederland van nu	296
Bijlage 2.5:	Angst in het Nederland van nu	298
Bijlage 4.1:	De Vragenlijst Beleving van Migrant zijn (VBM) (Nederlandse versie)	300
Bijlage 4.2:	De Vragenlijst Beleving van Migrant zijn (VBM) (Turkse versie)	303
Bijlage 4.3	Literatuurverkenning met betrekking tot de schalen van de Vragenlijst Beleving van Migrant zijn (VBM)	305
<b>10</b>	<b>Curriculum Vitae</b>	<b>319</b>

## Lijst van tabellen en figuren

### Tabellen

Tabel 2.1	Aantallen en percentages mannen en vrouwen per onderzoeksgroep	51
Tabel 2.2	Aantallen en percentages voor de afzonderlijke leeftijdscategorieën (totale steekproef) ( $N=429$ )	52
Tabel 2.3	Aantallen en percentages met betrekking tot burgerlijke staat ( $N=429$ )	52
Tabel 2.4	Aantallen en percentages betreffende het opleidingsniveau	54
Tabel 2.5	Aantallen en percentages met betrekking tot de verblijfsduur in Nederland	55
Tabel 2.6	Aantallen en percentages voor het niveau van beheersing van het Nederlands	56
Tabel 2.7	Aantallen en percentages betreffende contact met autochtone Nederlanders	58
Tabel 2.8	Kenmerken (sekse, burgerlijke staat, kinderen, de reden voor migratie naar Nederland, verblijfsduur in Nederland, opleidingsniveau) van gelovige en niet- gelovige Respondenten ( $n= 421$ )	62
Tabel 2.9	Mate van praktiseren van het geloof van de afzonderlijke onderzoeksgroepen in aantallen en percentages	63
Tabel 2.10	Percentages en aantallen voor de drie onderzoeksgroepen betreffende de keuzen waar men zijn/haar oude dag/toekomst liever door wil brengen	65
Tabel 2.11	Percentages van de frequentie van reizen naar Turkije voor de drie onderzoeksgroepen	66
Tabel 2.12	Mate van zich op zijn gemak voelen in Turkije in vergelijking tot vroeger	67
Tabel 2.13	Argumenten om zich wel/ niet op zijn/haar gemak te voelen tijdens vakantie in Turkije	68
Tabel 2.14	Tevredenheid met het leven in Nederland	69
Tabel 2.15	Tevredenheid met het leven in Nederland in relatie tot biografische kenmerken	70
Tabel 2.16	Argumenten van de niet tevreden respondenten met het leven in Nederland ( $n=128$ )	70
Tabel 2.17	Argumenten voor de goede/ positieve kanten van het leven in Nederland ( $n=370$ )	71
Tabel 2.18	Argumenten voor de slechte/ negatieve kanten van het leven in Nederland ( $n=374$ )	72
Tabel 2.19	Verwachtingen ten aanzien van het leven in Nederland	72
Tabel 2.20	Categorieën van de grote zorg nu in Nederland	73
Tabel 2.21	Categorieën van angsten in Nederland	74
Tabel 4.1	Overzicht van de eerste indeling in Domeinen (D) en Facetten (F)	101
Tabel 4.2	Eigenwaarden, Verklaarde Variantie en Cumulatieve Verklaarde Variantie voor de VBM- factoren	106



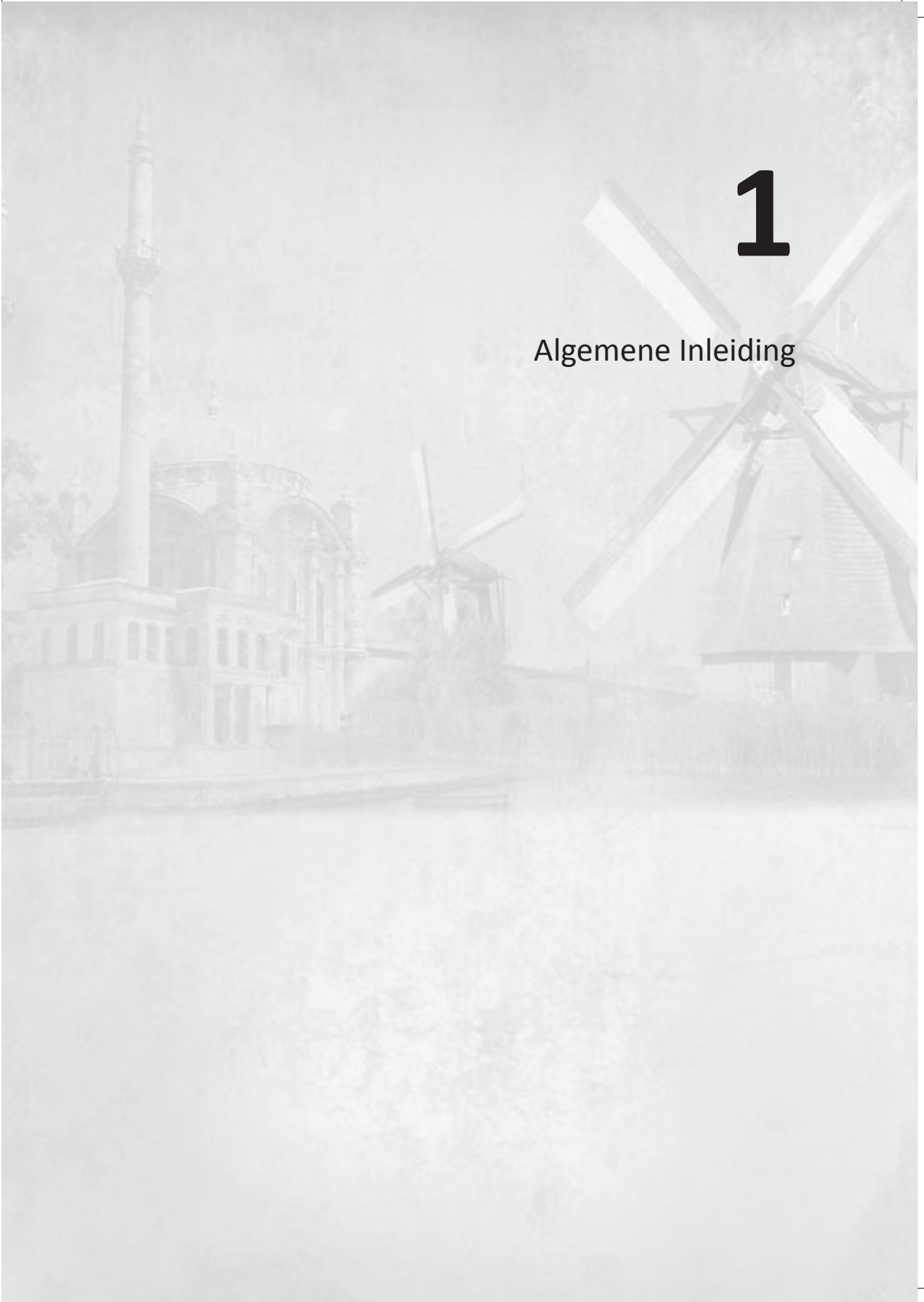
Tabel 4.3	Factorladingen van de VBM- items (Principale Componenten Analyse met Varimax- rotatie)	107
Tabel 4.4	Cronbach's Alfa voor de BVM-schalen	111
Tabel 4.5	Pearson- correlaties van de VBM- schalen voor de GGZ- Populatie	118
Tabel 4.6	Pearson- correlaties van de VBM- schalen voor de Algemene Populatie van Turken in Nederland (AP)	119
Tabel 4.7	Verschillen in Beleving van migrant zijn tussen de GGZ- Populatie en de Algemene Populatie van Turken in Nederland (AP)	120
Tabel 4.8	Verschillen tussen mannen en vrouwen op de schalen van de VBM	120
Tabel 4.9	Verschillen in gemiddelde scores op de VBM- schalen, gerelateerd aan psychiatrische diagnose	122
Tabel 4.10	Pearson- correlaties tussen de VBM en de NEO-PI-R voor de GGZ- Populatie	123
Tabel 4.11	Pearson- correlaties tussen de BVM- schalen en WHOQOL- scores voor de GGZ- Populatie	124
Tabel 4.12	Pearson- correlaties tussen de VBM- schalen en de SCL-90- schalen voor de GGZ- Populatie	124
Tabel 4.13	Pearson- correlaties tussen de VBM- schalen en de WHOQOL-100 voor de Algemene Populatie van Turken in Nederland (AP)	125
Tabel 4.14	Pearson- correlaties tussen de VBM- schalen en de SCL-90- schalen voor de Algemene Populatie van Turken in Nederland (AP)	126
Tabel 4.15	Verschillen tussen de correlatiecoëfficiënten voor bij de GGZ- Populatie en de Algemene Populatie van Turken in Nederland (AP)	127
Tabel 4.16	Verschillen tussen mannen en vrouwen op de VBM- schalen voor wel/geen As-I-diagnose	130
Tabel 4.17	Verschillen tussen mannen en vrouwen op de VBM- schalen in relatie tot Wel/Geen As-II-diagnose	131
Tabel 5.1	Overzicht van de gestelde As-I-diagnoses per soort stoornis met behulp van de SCAN 2.1 en DSM IV-TR ten opzichte van alle gestelde diagnoses	154
Tabel 5.2	Overzicht van de gestelde As-I-diagnoses volgens de SCAN 2.1 en DSM IV-TR	154
Tabel 5.3	Prevalentie (in %) van As-I-stoornissen op basis van de SCAN 2.1	157
Tabel 5.4	Prevalentie (in %) van As-I-stoornissen (SCAN 2.1)	158
Tabel 5.5	T-toets op Psychoneuroticisme-Scores van de SCL-90 voor mannen en vrouwen	164
Tabel 5.6	Verschillen tussen mannen en vrouwen op de schalen van de SCL-90	164
Tabel 5.7	Verschillen in psychische klachten (SCL-90) tussen de GGZ- populatie en de Algemene Populatie van Turken in Nederland	165
Tabel 5.8	Verschillen in Psychoneuroticisme-score tussen de Turkse onderzoeksgroep en de SCL-normeringsgroepen	166

Tabel 5.9	Percentage persoonlijkheidsstoornissen ten opzichte van alle gestelde diagnoses	171
Tabel 5.10	Prevalentie van SCID-II- diagnoses bij de GGZ-a populatie	173
Tabel 5.11	Verschillen tussen mannen en vrouwen op de NEO-PI-R	176
Tabel 5.12	Pearson- correlaties tussen persoonlijkheid en Kwaliteit van Leven voor de GGZ-a Populatie	177
Tabel 5.13	Pearson- correlaties tussen NEO-I-PR en de SCL-90; GGZ-a populatie	178
Tabel 6.1	De domeinen en facetten van de WHOQOL-100	207
Tabel 6.2	Ervaren algemene gezondheid verdeeld naar geslacht	212
Tabel 6.3	Ervaren Klachten/ziekten die respondenten volgens hen in hun leven hebben gehad	214
Tabel 6.4	Ervaren Klachten/ziekten die respondenten volgens hen op dit moment hebben	216
Tabel 6.5:	Cronbach's Alfa voor de WHOQOL- domeinen	218
Tabel 6.6:	Cronbach's Alfa voor de WHOQOL- facetten	218
Tabel 6.7	Verschillen (gemiddelden en standaard afwijkingen) in Kwaliteit van Leven tussen de GGZ- populatie en de Algemene Populatie van Turken in Nederland	219
Tabel 6.8	Verschillen (gemiddelden en standaard- afwijkingen) tussen mannen en vrouwen op de WHOQOL-100-facetten	221
Tabel 6.9	Verschillen in gemiddelde score op de WHOQOL-100- schalen gerelateerd aan psychiatrische diagnose	223
Tabel 6.10	Pearson- correlaties tussen scores op de WHOQOL-100 en SCL-90; GGZ- populatie	224
Tabel 6.11	Pearson- correlaties tussen scores op de WHOQOL-100 en SCL-90; Algemene Populatie van Turken in Nederland	225
<b>Figuren</b>		
Figuur 1.1	Relaties tussen de kernvariabelen van het huidig onderzoek	26
Figuur 1.2	Determinanten van de beleving van migrant zijn	27
Figuur 1.3	Veronderstelde samenhang tussen de drie facetten van het leven als migrant	28
Figuur 1.4	Veronderstelde samenhang tussen de context van het leven als migrant, psychische gezondheid en Kwaliteit van Leven	29
Figuur 3.1	Veronderstelde samenhang tussen de context van het leven als migrant, psychische gezondheid en Kwaliteit van Leven van Turken in Nederland	81
Figuur 3.2	Dimensies van de beleving van het migrant zijn	88
Figuur 4.1	Scree Plot Factor Analyse VBM	106
Figuur 5.1	Veronderstelde samenhang tussen de context van het leven als migrant, Kwaliteit van Leven en psychische gezondheid	137

Figuur 5.2	Conceptueel model, waarin mogelijke verklaringen voor de samenhang tussen etniciteit en gezondheid zijn geïntegreerd	139
Figuur 6.1	Veronderstelde samenhang tussen de context van het leven als migrant, Kwaliteit van Leven en psychische gezondheid	203
Figuur 7.1	Veronderstelde samenhang tussen de context van het leven als migrant, Kwaliteit van Leven en psychische gezondheid	239

# 1

## Algemene Inleiding





## 1.1 Inleiding

Turken hebben een belangrijke plaats in de migratiegeschiedenis van Nederland en vormen thans de meerderheid binnen de minderheden van de Nederlandse samenleving. Wat het betekent een Turkse migrant in Nederland te zijn, heeft de onderzoeker in dubbele zin aan den lijve ondervonden. Na de eerste 25 jaar van zijn leven in Turkije te hebben doorgebracht, heeft hij het merendeel van de daaropvolgende jaren in de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg gewerkt, vooral met migranten in het algemeen en Turken in het bijzonder. Zowel in zijn privéleven als in zijn beroepsleven werd hij geconfronteerd met het 'anders zijn' van migranten, vergeleken niet alleen met autochtone Nederlanders, maar ook met bijvoorbeeld Turken in Turkije. Deze ervaringen vormden de belangrijkste drijfveer om de beleving van het migrant zijn en de relatie daarvan met psychische gezondheid en Kwaliteit van Leven bij de betreffende populatie te exploreren. Met het oog op de overzichtelijkheid is de keus gemaakt het onderzoek te beperken tot de Turkse populatie in plaats van de allochtonenpopulatie in haar totaliteit.

Dit proefschrift gaat over 'De beleving van migrant zijn, psychische gezondheid en Kwaliteit van Leven bij Turken in Nederland', met als doel het formuleren van een antwoord op de vraag in hoeverre het leven als migrant, c.q. de beleving van het migrant zijn, samenhangt met de psychische gezondheid c.q. de Kwaliteit van Leven.

## 1.2 Migratie en migranten: een begripsbepaling

Migratie is zo oud als de mensheid. Volgens de Bijbel zouden de eerste migranten Adam en Eva zijn, omdat zij na de zondeval verbannen werden uit het paradijs (Grinberg & Grinberg, 1990). Andere mythologische voorbeelden van migratie worden gevonden in de verhalen van Oedipus, het raadsel van de Sfinx en de toren van Babel. Maar ook de geboorte van ieder mens afzonderlijk zou als 'migratie' aangemerkt kunnen worden: een migratie die begint met het moeten verlaten van de moederschoot en het kwijtraken van de onvoorwaardelijke en ononderbroken voedingsstroom via de navelstreng (Grinberg & Grinberg, 1990). Ook andere overgangsfases tot en met de dood toe, kunnen in het leven van een individu gezien worden als een vorm van migratie.

'Migrant' is afgeleid van het Latijnse 'migrere' en betekent 'degene die zich verplaatst'. Volgens het Van Dale Groot Woordenboek van de Nederlandse Taal (Den Boon & Geeraerts, 2005) is een migrant iemand die migreert naar een andere streek of naar een ander land. Aan de definitie van 'migrant' zijn verschillende aspecten gekoppeld. Het eerste is een *verplaatsing naar een andere plaats*. Dit kan zowel binnen een land zijn als naar het buitenland. In feite heeft dit aspect te maken met de aan het 'centrum-periferie-model' verwante dependentia-theorieën (Entzinger, 1987; Galtung, 1971). Hierin wordt gesteld dat de ontwikkelingen in de klassieke centra van de wereld ten koste gaan van de periferie,

omdat zij niet alleen grondstoffen, maar ook goedkope arbeidskrachten uit die periferie naar zich toe trekken. Een tweede aspect van migratie is de *duur van deze (ver)plaatsing*: tijdelijk of permanent. Weer een ander aspect heeft betrekking op het *karakter van de verplaatsing*: vrijwillig of gedwongen. Tot slot kan *de reden c.q. het kader* van de verplaatsing genoemd worden. Hier gaat het om het zogenaamde ‘*push-pull model*’ (Entzinger, 1987; Knipscheer, 2000; Knipscheer & Kleber, 1998). Volgens dit model migreert men zowel om een aversieve situatie, bijvoorbeeld armoede, vervolging, burgeroorlog, bloedwraak en dergelijke, te vermijden, als om een attractieve situatie, zoals economische voordelen, persoonlijke groei, vrede, vrijheid en dergelijke, te verkrijgen. Hoewel ze tot een andere/nieuwe gemeenschap gaan behoren (*groupe d’appartenance*), blijft de groep van het land van herkomst een invloedrijke referentiegroep (*groupe de référence*) (Meurs, 1998).

Deze aspecten vinden we ook terug bij diverse categorieën migranten in Nederland: (i) migranten in het kader van kolonisatie, zoals bij Surinamers en Indische Nederlanders het geval is, (ii) arbeidsmigrant, bijvoorbeeld Turken en Marokkanen, (iii) onvrijwillige migranten, bijvoorbeeld asielzoekers en vluchtelingen, (iv) mensen die op grond van persoonlijke motieven migreerden, bijvoorbeeld voor studie, gezinshereniging of avontuur. Tot deze laatste categorie behoren in wezen ook de niet-sedentaire migranten met een rondtrekkende leefwijze, zoals zigeuners, woonwagenbewoners en circusartiesten, alsmede de mensen die niet legaal in een land verblijven (De Neef, Tenwolde, & Mouthaan, 1996). Kortom: het gaat om vier verschillende groepen: migranten uit voormalige koloniën, arbeidsmigranten, onvrijwillige migranten en een restcategorie (Van Es, 1995). In de literatuur wordt verder onderscheid gemaakt tussen Westerse en niet-Westerse allochtonen (CBS-Statline, 2008a, 2008b).

Bovengenoemde factoren hebben invloed (gehad) op de wijze waarop migranten zich voelen en gedragen in Nederland en hoe ze benaderd en behandeld worden door autochtone Nederlanders. Als gevolg hiervan krijgen migranten benamingen waarin de bovengenoemde aspecten terug te zien zijn. In de Nederlandse literatuur zijn veel verschillende woorden gebruikt om hen aan te duiden en functionele benamingen te geven, zoals bijvoorbeeld: trekarbeiders, seizoenarbeiders, gastarbeiders, contractarbeiders, toeristarbeiders, buitenlandse werknemers, arbeidsmigranten, immigranten, vreemdelingen, ontheemden, zwarten, etnische minderheden, culturele minderheden, medelanders, asielzoekers, vluchtelingen, niet-Nederlanders, allochtonen, rijksgenoten, nieuwe Nederlanders, nieuwkomers en allochtone medeburgers (Can & Can-Engin, 1997; Haegenborgh, 1997). Zowel deze benamingen, als de eerder genoemde aspecten hebben onderling enkele punten met elkaar gemeen (De Neef et al., 1996): een andere taal, een andere cultuur, een andere godsdienst, in veel gevallen een maatschappelijke achterstand, een herkenbaar ander uiterlijk, de ingrijpendheid van migratie (ontheemding en ontworteling), gewend zijn aan een ander klimaat, ander voedsel en andere eetgewoontes, andere normen en waarden, ander hulpzoekge-

drag, copingstrategieën, zorggebruik en dergelijke.

Uit al deze benamingen maken we nu de keuze voor het gebruik van de term 'migranten', omdat het in deze dissertatie gerapporteerde onderzoek hoofdzakelijk betrekking heeft op Turken in Nederland en er bij deze groep nog steeds sprake lijkt te zijn van *migratie*gebonden problemen. Zelfs bij de nieuwe generaties Turken die in Nederland geboren en getogen zijn, zien we de invloed van het 'migrant zijn' terug.

De migrant is degene die migreert. Wat hij/zij doet, is migratie. 'Migratie' wordt in de literatuur ook een 'overgang' genoemd die eigen fasen kent (Van Bakkum, Van de Ende, Heezen, & Hijmans van den Bergh, 1996), zoals separatie, liminaliteit en integratie. De kwetsbare, psychosociale transitieperiode in het migratieproces wordt gekenmerkt door ambiguïteit en ambivalentie in de sociale en culturele oriëntaties van migranten. Berry (1992) geeft een omschrijving van deze overgang. In dit proces kan acculturatiestress ontstaan met vier mogelijke uitkomsten: (i) *integratie* (het behouden van de eigen culturele identiteit en het geven van een hoge prioriteit aan interetnische contacten), (ii) *assimilatie* (het hechten van belang aan interetnische contacten, maar niet streven naar behoud van de eigen culturele identiteit), (iii) *separatie* (een soort isolement door het hebben van weinig interetnische contacten, maar wel vasthouden aan de eigen culturele identiteit en tradities) en (iv) *marginalisatie* (het hebben van een negatieve houding ten opzichte van de dominante sociaal-culturele omgeving en het hebben van gevoelens van verlies van de eigen culturele identiteit) (Van Bakkum et al., 1996). Een nieuwe en meer hedendaagse praktijk en passende optie naast deze opties is de daadwerkelijke 'remigratie' (naast en/of in plaats van de wens tot) welke in de literatuur niet echt een bekend fenomeen is.

Migratie is een (vrij plotselinge) verandering in iemands leven en een psychosociale overgang die een blijvend effect heeft op het individuele referentiekader dat zich in de manier van denken, voelen en gedragen weerspiegelt (Akhtar, 1999; Kindermans, 2000). Daarom blijven deze sociale, culturele, geografische en klimatologische overgangen niet zonder gevolgen bij immigranten (Berry, 1990; Shadid, 1998a, 1998b). In feite is dit een fenomeen dat al sinds de oudheid bekend is. De oude Griekse filosofen wezen er al op dat heimwee naar het vaderland de reden kan zijn van geestelijke onevenwichtigheid. Enkele eeuwen geleden (in 1678) heeft de Zwitserse geneesheer Hofer heimwee of nostalgie als een duidelijke geestesziekte gedefinieerd in de Europese psychiatrie (Teber, 1993; Verdonk, 1977). Hoe het ook zij, dat migratie invloed heeft op de psychische gezondheid en de Kwaliteit van Leven lijkt een vaststaand feit.

### 1.3 Turken in Nederland

Nederland is al sinds de tweede helft van de zestiende eeuw bekend met het fenomeen 'migratie' (De Beer, 1998). Die tijd staat bekend als de 'gouden eeuw' met zowel economi-



sche rijkdom en culturele bloei als relatieve godsdienstige en politieke tolerantie (Lucassen & Penninx, 1985) en een specifieke relatie met andere landen en culturen als gevolg hiervan. Die relatie betrof zowel de emigratie van Nederlanders, bijvoorbeeld naar de overzeese gebiedsdelen, als de immigratie van buitenlanders, bijvoorbeeld om godsdienstige redenen. Na de Tweede Wereldoorlog waren de emigratie en immigratie vooral een gevolg van economische factoren, i.c. een tekort aan werk c.q. een overschot aan (werkloze) arbeiders in West-Europese landen. Als gevolg hiervan stimuleerde de Nederlandse overheid emigratie van Nederlanders naar Canada, de Verenigde Staten, Nieuw-Zeeland, Australië en Zuid-Afrika. Min of meer tegelijkertijd begon Nederland ook een immigratieland te worden (Niessen, 2001). Dit betrof in eerste instantie mensen uit de voormalige koloniën, zoals Nederlands-Indië (dat toen net onafhankelijk werd), Suriname en de Antillen, en gastarbeiders uit Italië (in 1960), Spanje (1961), Portugal (1963), Turkije (1964), Griekenland (1966), Marokko (1969), Joegoslavië (1970) en Tunesië (1971) (Garssen, Nicolaas, & Sprangers, 2005; Penninx, 1996; Van der Werf, 1998). Anders dan tegenwoordig het geval is (De Zwart, 2006), is het merendeel van deze mensen toentertijd zonder enige voorbereiding naar Nederland vertrokken.

Hoewel Turkije en Nederland al bijna 1000 jaar betrekkingen onderhouden die zowel negatief (bijvoorbeeld tijdens de kruistochten) als positief (sinds 1600) zijn geweest, vinden concrete en langer durende ontmoetingen tussen Turken en Nederlanders pas sinds de jaren zestig plaats (Can & Can-Engin, 1997; De Groot, 2004). De migratie van Turken naar Nederland was een onderdeel van een grote migratiestroom van Turken naar het buitenland, vooral naar West-Europa. In 2003 woonden er meer dan 3.5 miljoen Turken buiten Turkije en het grootste deel hiervan woonde in West-Europese landen, met name in Duitsland, Nederland, Frankrijk, Oostenrijk, België en Engeland (Dutch Ministry of Foreign Affairs, 2003; Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, 2003). De migratie van deze mensen is tot stand gekomen door zowel ‘pull als push’-factoren. De aantrekkingskracht (*pull*-factoren) van West-Europese landen had te maken met een tekort aan arbeidskrachten, vooral in bedrijfstakken die veel laag- of niet-geschoolde arbeidskrachten nodig hadden, zoals de textielnijverheid, de scheepsbouw en de kolenmijnen (Van Amersfoort, 1998). Conform deze ontwikkelingen trok het merendeel van de Turkse immigranten naar gebieden waar de grootste vraag was naar ongeschoolde arbeid. Dit is de reden waarom de meeste Turken in Nederland woonachtig zijn in Amsterdam, Rotterdam, Utrecht en steden in Twente en Midden-Brabant. Dit waren immers de gebieden waar zich in de jaren ‘60 en ‘70 de meeste arbeidsintensieve industrieën bevonden (Butter, 2008).

Naast de aantrekkelijkheid van het leven in Nederland (*pull*-factoren), speelden ook andere, meer aan Turkije gebonden (*push*-) factoren een rol, die in vier categorieën uiteenvallen (Can & Can-Engin, 1997):

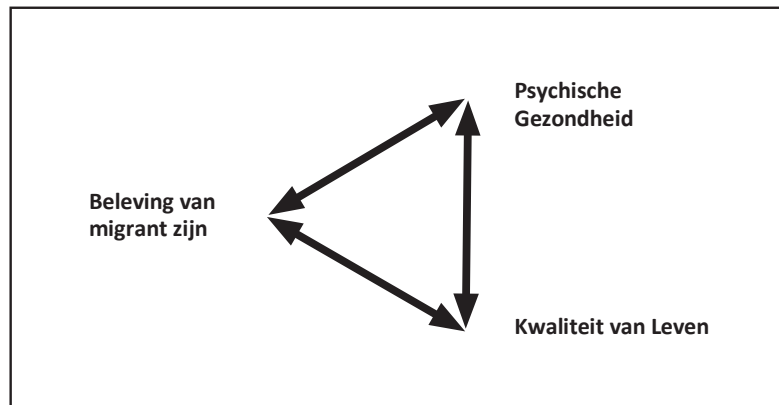
- 1- Er was in Turkije van oudsher een overvloed aan arbeidskrachten en daardoor had niet iedereen werk. De werklozen zouden in het buitenland ingezet kunnen worden en daarmee zou de werkloosheid in Turkije ook dalen.
- 2- De gast/trekarbeiders zouden ook de Turkse industrie ten goede komen. Deze mensen zouden van Europese landen kennis, ervaring en technologie mee terugnemen naar Turkije, zodat Turkije deze mogelijkheden op termijn voor eigen belangen kon gebruiken.
- 3- Men verwachtte ook dat de arbeiders een westerse taal zouden leren, zich een nieuwe leefwijze eigen zouden maken en nieuwe kennis en ervaring zouden opdoen. Deze kennis zouden ze bij terugkomst naar Turkije in hun eigen samenleving kunnen investeren en zo een bijdrage leveren aan de vooruitgang.
- 4- Een ongenoemde, maar voelbare reden was verder dat de arbeiders door buitenlands geld over te maken een deviezenstroom op gang zouden brengen die de precare Turkse betalingsbalans ten goede zou komen.

Deze factoren hebben nog steeds invloed op het dagelijkse (be)leven van Turkse migranten in Nederland, met alle gevolgen van dien.

Per 09 september 2010 kende Nederland 16.609.145 inwoners, waarvan 3.389.218 allochtonen. Hiervan behoorden 1.709.365 tot de 1<sup>e</sup>-generatie en 1.679.853 tot de 2<sup>e</sup>-generatie allochtonen (CBS: 09.09.2010). Onder de allochtone inwoners vormen de Turken van oudsher de meerderheid. In 1972 telde Nederland 43.100 Turken, in 2010 308.890 en in 2010 383.957 (CBS: 09.09.2010). Hierin vormen Turkse mannen (198.430) de meerderheid vergeleken met Turkse vrouwen (185.527). De Turkse gemeenschap telt 196.385 1<sup>e</sup>-generatie immigranten en 187.572 2<sup>e</sup>-generatie immigranten (CBS: 09.09.2010). Volgens de prognose zal het aantal Turken in 2040 toenemen tot ongeveer 505.905 (CBS-Statline, 15-12-2007). Turken horen tot één van de eerste arbeidsmigranten/gastarbeiders van Nederland. Ze dragen nog steeds dit etiket en ervaren dit ook in hun gevoelsleven. Dit feit, dat ook onderwerp is geworden in de Turkse en Nederlandse literatuur (Baycili, 2000; Van den Bogaard, 2000; Dunphy, 2001; Verdaasdonck, 2000), wordt in dit proefschrift uitgebreid onderzocht.

## 1.4 Onderzoekskader

Dit onderzoek is gericht op drie aspecten in het leven van Turken in Nederland: de beleving van migrant zijn als een onderdeel van leven als migrant, psychische gezondheid en Kwaliteit van Leven. De veronderstelde wisselwerkingen tussen deze drie variabelen, zoals in Figuur 1.1 wordt geschetst, vormen de basis voor de onderzochte hypothesen en vraagstellingen in het huidige onderzoek, dat zowel descriptief als verklarend van aard is.



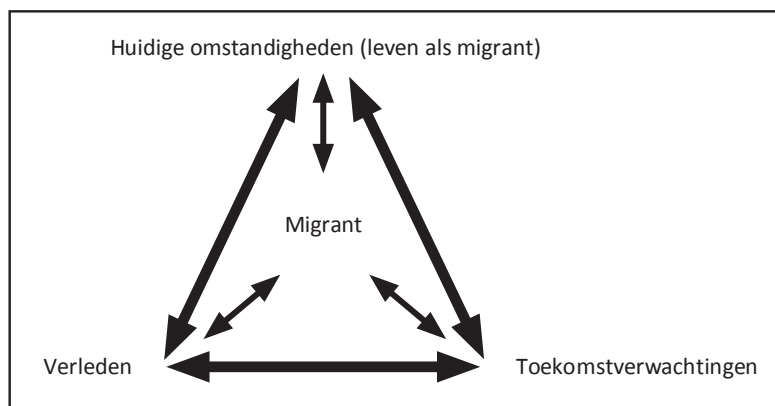
*Figuur 1.1. Relaties tussen de Kernvariabelen van het Huidig Onderzoek.*

## 1.5 Theoretisch kader

We gaan ervan uit dat het leven als migrant en ons kernthema ‘de beleving van migrant zijn’ nauw verbonden zijn met de psychische gezondheid en de Kwaliteit van Leven. Er is sprake van een constante wisselwerking tussen deze determinanten. Want zolang er sprake kan zijn van het leven als migrant, dat ook als ‘condición migrante’\* (Fernandez & König, 1983; Graafsma & Tieken, 1987) aangeduid mag worden, wordt verwacht dat het ‘leven als migrant’ bij Turkse mensen in Nederland niet bepaald positief op hun gezondheid en Kwaliteit van Leven kan werken. Hier spelen sociaaleconomische, psychosociale, sociaal-culturele problemen, juridische status, woon- en werkomstandigheden en dergelijke een belangrijke rol. Naast de huidige omstandigheden in hun leven als migrant, spelen ook factoren mee (zie Figuur 1.2) die te maken hebben met het verleden en het hebben van een onzekere toekomst (Devillé & Drewes, 2003).

Wat betreft de factor *Verleden* gaat het om de opvoeding en om allerlei invloeden van de cultuur van het land van herkomst en ervaringen van vóór de migratie, welke opgenomen zijn in het individuele groeiproces en de persoonlijkheid van migranten. Als voorbeelden voor de factor Verleden kan men ook wijzen op het vasthouden van de

\* Condición migrante = een term die door Fernandez en König (1983) gecreëerd en door Graafsma en Tieken (1987) uitgewerkt is. Het gaat om de situatie waarin migranten zich door een combinatie van innerlijke en maatschappelijke factoren gedwongen voelen tot een soort ‘permanent tijdelijk verblijf, tot maatschappelijk isolement, een stilstand in de culturele ontwikkeling, een verstarring van de dialoog binnen de migrantengemeenschap, een gedeprimeerde grondstemming, een vorm van identiteit van migranten,’ et cetera. (Graafsma & Tieken, 1987).

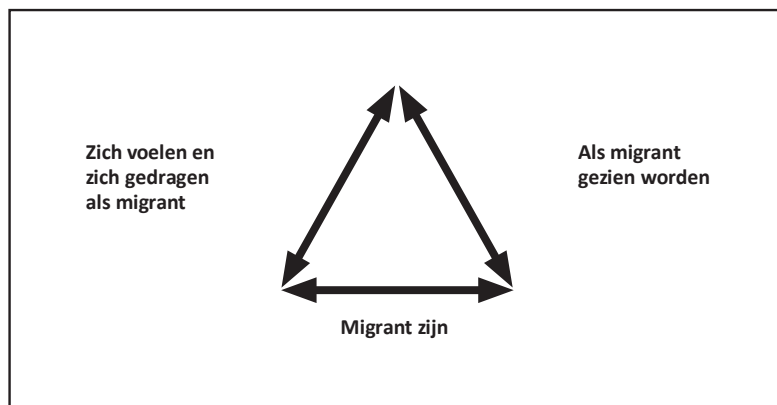


Figuur 1.2. Determinanten van de Beleving van Migrant zijn

negatieve kanten van de oorspronkelijke cultuur, zoals sociale controle en schaamte voor het hebben van psychische klachten etc. en het loslaten van de ondersteunende systemen, zoals 'klaar staan voor elkaar', 'saamhorigheid', 'elkaar ondersteunen,' et cetera (Can, 1998). De factor *Toekomstverwachtingen* is één van de belangrijke redenen voor migranten om het vol te houden in Nederland, terwijl ze (nog) niet echt tevreden zijn met hun algemene positie. Maar deze is tevens vol ambivalente verwachtingen, zoals het niet goed weten waar men in de toekomst wil leven (Engelhard, 2006; Martens & Verweij, 1997; Schellingerhout, 2004). De factor *Huidige omstandigheden*, namelijk leven als migrant, is in feite een vrij concrete factor welke grotendeels beïnvloed wordt door de eerste twee factoren. Van Dijk verwoordt dit als volgt: "Migratie kan ook worden begrepen als 'een interruptie van het levensverhaal, met de noodzaak opnieuw samenhang te creëren tussen verleden, heden en toekomst'" (Bala, 1999, p. 60). We denken dat al deze factoren zowel op een impliciete als expliciete manier ter sprake komen in de beleving van migrant zijn.

Maar het leven als migrant houdt nog meer aspecten in. Zoals in Figuur 1.3 te zien is, bestaat het leven als migrant naar onze mening uit drie aspecten: (i) het migrant zijn, (ii) het als migrant gezien/ benaderd worden en (iii) zich migrant voelen en zich als zodanig gedragen. Er is sprake van constante wisselwerkingen tussen deze drie aspecten onderling.

De eerste component, '*het migrant zijn*', is een realiteit en heeft te maken met een nieuwe situatie, een nieuwe titel/benaming en mogelijk een nieuwe manier van leven (w.o. *condición migrante*; zie ook Graafsma & Tieken, 1987). In deze objectieve situatie spelen, zoals eerder gezegd, psychosociale, sociaaleconomische, sociaal-culturele en juridische factoren een belangrijke rol. Deze eerste component vormt ook de basis voor de andere componenten en heeft een zeer belangrijke invloed op de psychische gezondheid (zie



*Figuur 1.3. Veronderstelde Samenhang tussen de Drie Facetten van het Leven als Migrant.*

Hoofdstuk 5) en de Kwaliteit van Leven (zie Hoofdstuk 6).

De tweede component *'als migrant gezien worden'*, heeft te maken met de eerste component. Het gaat om intergroeps- en interpersoonlijke processen, zoals actie - reactie in de zin van: als migrant gezien worden. Huidskleur, opvallende kleding en andere fysiek zichtbare verschillen van migranten en minder zichtbare verschillen, zoals taal, accent, typisch gedrag, etc. (Verkuyten, 1999), hebben een negatieve invloed hierop.

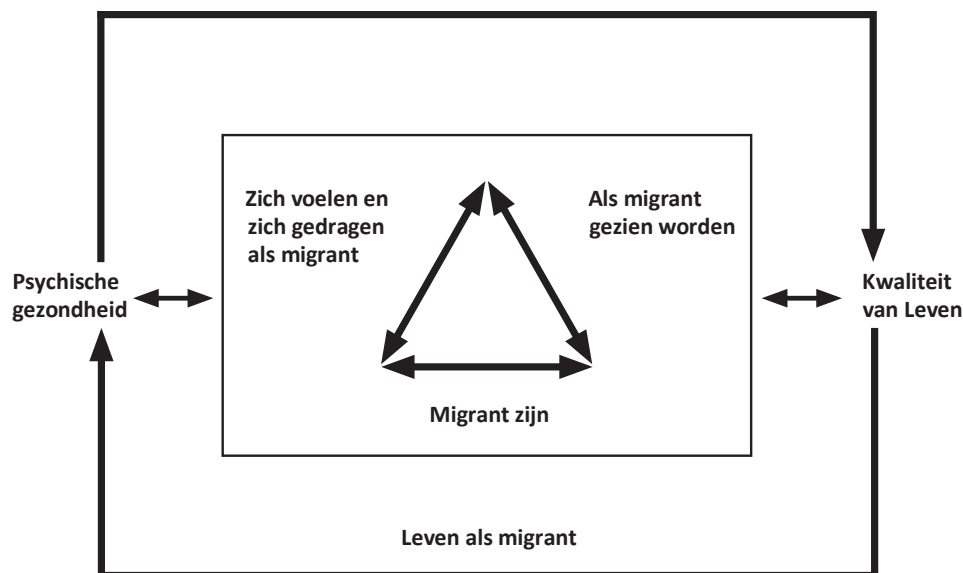
Deze component kan andere componenten uitlokken en bekrachtigen: wel of niet als migrant gezien worden, wel of niet (negatief) opvallen bij autochtonen, wel of niet opgemerkt worden door autochtonen, wel of niet als migrant benaderd en behandeld worden, wel of niet als medeburger geaccepteerd worden, wel of niet geliefd zijn, etc. Deze feiten kunnen ontstaan in het kader van de interactie tussen twee individuen (een allochtoon en een autochtoon) en/of tussen twee of meerdere groepen (allochtonen en autochtonen). Dit hoeft niet altijd te berusten op de werkelijkheid. Dit gaat ook om de betekenisverlening van migranten door autochtonen, zowel in positieve als in negatieve zin. Het betreft hier dus waarnemings- en interpretatieprocessen bij zowel autochtonen als allochtonen. Concreet gaat het om de verschillende reacties op het anders en verschillend zijn van elkaar, het hebben van vooroordelen, (positieve) discriminatie, racisme, stereotypen, etc. (De Beer, 1998; Hagendoorn, 1998; Shadid, 1998a, 1998b). Dit kunnen belangrijke en bepalende factoren zijn bij de beleving van migrant zijn.

De derde component is een meer individu-gebonden component en houdt het *'zich voelen en zich gedragen als migrant'* in. Dit aspect, als kernonderwerp in dit onderzoek, wordt in Hoofdstuk 3 en Hoofdstuk 4 uitgebreid onder de loep genomen. Onderdeel van het huidige onderzoek is de constructie en psychometrische evaluatie van een nieuwe Vragenlijst Beleving van Migrant zijn (VBM). Dit is een vrij onbekend onderwerp in de literatuur. De meeste, bekende gegevens zijn gebaseerd op de acculturatie- theorie van Berry (1997),

waarin naar onze mening te weinig aandacht wordt besteed aan het beleavingsaspect (zie Hoofdstuk 3).

We zijn van mening dat deze drie componenten nauw met elkaar (*Multidimensionaal en causaal*) samenhangen. Wij gaan ervan uit dat met name het beleavingsaspect (zich voelen en gedragen) bepalend is ten aanzien van het hebben van psychische klachten en de Kwaliteit van Leven van migranten.

Het bovenstaande is aanmerking genomen, veronderstellen wij dat sociaaleconomische, psychosociale, sociaal-culturele problemen en problemen met werk- en woonomstandigheden en dergelijke (zie ook De Neef et al., 1996) als onderdeel van leven als migrant, een sterke invloed hebben op de gezondheid en de Kwaliteit van Leven van migranten. Daarom worden in dit proefschrift deze onderwerpen ook uitgebreid aan de orde gesteld (zie Figuur 1.4), naast de beleving van migrant zijn.



*Figuur 1.4.* Veronderstelde Samenhang tussen de Context van het Leven als Migrant, Psychische Gezondheid en Kwaliteit van Leven.

Als het gaat om de psychische gezondheid wordt in Hoofdstuk 5 en Hoofdstuk 6 aandacht besteed aan onderwerpen als ervaren algemene gezondheid en klinische stoornissen, zowel op As-I-niveau als op As-II-niveau volgens de DSM IV- classificatie.

Gezondheid in het algemeen en psychische gezondheid in het bijzonder (zie Hoofdstuk 5) hangen samen met Kwaliteit van Leven (zie Hoofdstuk 6). Meer specifiek is deze veronderstelde relatie weergegeven in Figuur 1.4. Alhoewel er geen eenduidigheid is

over de definitie en de operationalisatie van Kwaliteit van Leven, beschouwen sommigen satisfactie en welbevinden van patiënten als synoniemen voor Kwaliteit van Leven, terwijl anderen meer de nadruk leggen op het dagelijks functioneren van mensen in uiteenlopende situaties (Van Elderen et al., 1994). Kwaliteit van Leven heeft verschillende componenten: fysieke, psychische, sociale en omgevingsaspecten (WHOQOL Group, 1995) (zie Hoofdstuk 6 voor uitgebreide informatie hierover).

Het is aannemelijk dat er een concrete relatie bestaat tussen Kwaliteit van Leven en psychische gezondheid als onderdeel van de algemene gezondheid. Psychische gezondheid is een belangrijke determinant van Kwaliteit van Leven. Een betere gezondheid kan ook bijdragen aan een hogere Kwaliteit van Leven. Aan de andere kant is de omgekeerde relatie minstens zo plausibel. Als de Kwaliteit van Leven slechter is, bestaan er grote risico's voor eenslechtegezondheid. Deze factoren, in wisselwerking met andere factoren, beïnvloeden het leven van Turkse migranten en het ontstaan en voortbestaan van psychische klachten en problemen. Het is mogelijk om een relatie te leggen tussen leven als migrant en (het risico op) het hebben van psychische klachten. Conform sommige constatering en theorieën (zie Hoofdstuk 5) is migratie een langdurig psychisch en sociaal proces dat veel invloed heeft op het psychische, lichamelijke en psychosociale functioneren van migranten in het algemeen en van Turken in het bijzonder.

Vanuit deze invalshoek dient het onderzoek dat in dit proefschrift beschreven wordt, meer inzicht te geven in hoeverre leven als migrant en de beleving van migrant zijn samenhangen met psychische gezondheid en Kwaliteit van Leven. Het feit dat er onvoldoende onderzoeksresultaten bekend zijn met betrekking tot deze onderwerpen bij Turken in Nederland, is een extra stimulans om dit te onderzoeken. In het huidige onderzoek wordt ook de mogelijke samenhang tussen deze componenten verder onderzocht.

## 1.6 Algemene doelstelling

Aan de hand van de bovengenoemde probleemstelling en uitgangspunten heeft het huidig onderzoek de volgende doelen: (i) het bestuderen van het belevingsaspect van migrant zijn en het ontwikkelen en valideren van een instrument voor het meten van 'de beleving van migrant zijn (VBM)' bij Turken in Nederland, (ii) het in kaart brengen van de psychische gezondheid en de Kwaliteit van Leven van Turken in Nederland en (iii) het onderzoeken van de relatie tussen (i) en (ii). Hieronder worden deze doelen verder uitgewerkt.

Het huidige onderzoek heeft allereerst betrekking op concrete omstandigheden en de beleving daarvan. Ons eerste onderzoeksdoel gaat over de manier van denken, het zich voelen en zich gedragen van Turken met betrekking tot de concrete omstandigheden in het leven als migrant. Volgens ons is de migrant iemand die in het hier en nu leeft, maar die gevoelsmatig (diep in zijn/haar hart) tussen het verleden en een onduidelijke toekomst pendelt en zich nergens thuis voelt. Als gevolg hiervan wordt de huidige Kwaliteit van Leven negatief beïnvloed.

Gezien het feit dat de sociaaleconomische, sociaal-culturele en de meeste van de andere concrete omstandigheden van migranten, zoals woon- en werkomstandigheden en dergelijke, anders en in veel opzichten slechter zijn dan die van autochtonen, wordt verwacht dat zij 'het leven als migrant' ook als slecht zullen ervaren en beleven (zie Hoofdstuk 4). Als dit waar is, is het de moeite waard om na te gaan waarom dit het geval is. Het migrant zijn, kan als verlies (in veelvoud) en als *verarming* ervaren worden. In dit geval is het interessant om na te gaan welke gevolgen dit heeft. Maar in dezelfde situatie kan ook een ander type reactie verwacht worden, namelijk dat migranten juist een positieve houding hebben ten aanzien van het 'leven als migrant'. In zulke gevallen wordt migratie meer als een *verrijking* ervaren, zodat weinig tot geen negatieve psychosociale gevolgen optreden. Met name het negatieve belevingsaspect is een belangrijke reden geweest van de lage 'actieradius' en het lage 'participatieniveau' van migranten gedurende de afgelopen jaren in Nederland bij talloze activiteiten die op verschillende niveaus (rijksoverheid, gemeentes en dergelijke) georganiseerd werden om hun positie te verbeteren. Hier wordt heel vaak het 'belevingsaspect' vergeten en hebben sociaaleconomische, sociaal-culturele en juridische aspecten meer aandacht gekregen. Mede daarom willen we onderzoeken welke betekenissen Turken ontleen aan hun leven in Nederland.

Geziende (slechte) omstandigheden van migranten en het leven als een migrant (waar onder de *condición migrante*) verwachten wij dat de meeste Turken een slechtere psychische gezondheid hebben, die ook anders geuit wordt dan door autochtonen (zie Hoofdstuk 5).

Over het algemeen is ook te verwachten dat zowel de algemene Kwaliteit van Leven en de scores voor de afzonderlijke domeinen van Kwaliteit van Leven (fysiek, psychisch, sociaal en omgeving) slechter zullen zijn dan die van autochtonen. Om dit te kunnen toetsen, wordt een vergelijking gemaakt tussen Turken die aan het huidige onderzoek deelnamen en de constatering in de literatuur (zie Hoofdstuk 6). Wij denken dat er significante verschillen in psychische gezondheid en Kwaliteit van Leven zijn tussen enerzijds respondenten afkomstig uit de Turkse GGZ- populatie en anderzijds respondenten die representatief zijn voor de Algemene Populatie van Turken in Nederland.

Kortom: het gaat er in essentie om of het leven als migrant een risico vormt voor het ontwikkelen van psychische klachten/problemen en wat de rol daarin is van de beleving van migrant zijn. Dit alles bij elkaar hangt nauw samen met de Kwaliteit van Leven en vormt één van de belangrijke uitkomstvariabelen van dit onderzoek.

## 1.7 Vraagstellingen

Centraal in het onderzoek staan de volgende vraagstellingen:

- Welke, zowel specifieke als demografische, sociaal-culturele, sociaaleconomische en andere kenmerken heeft deze onderzoekspopulatie?



- Hoe beleven Turkse respondenten het migrant zijn in Nederland?
- Welke componenten moet de te ontwikkelen Vragenlijst 'Beleven van Migrant zijn' (VBM) hebben?
- Hoe zien de VBM-scores eruit van verschillende groepen Turkse respondenten [deelnemers die net bij de GGZ aangemeld zijn (GGZ-a populatie), die daar al enige tijd in behandeling zijn (GGZ- b populatie) en representanten van de Algemene Turkse Populatie in Nederland]. Welke samenhang is er tussen deze scores en scores op instrumenten voor het meten van psychische gezondheid en Kwaliteit van Leven? Zijn er verschillen tussen mannen en vrouwen?
- Welke psychische klachten hebben de GGZ- populaties en de Algemene Populatie van Turken in Nederland, zowel op As- I-niveau als op As- II- niveau?
- Komen As-II-diagnoses (persoonlijkheidsstoornissen) überhaupt voor en, zo ja, welke soorten? Zijn er op dit vlak verschillen tussen mannen en vrouwen?
- Hoe ziet de Kwaliteit van Leven van de Turkse respondenten van de onderzoekspopulatie in zijn totaliteit eruit? En hoe geldt dit voor verschillende GGZ- populaties, de Algemene Populatie van Turken in Nederland, mannen, vrouwen?
- Wat is de samenhang tussen Kwaliteit van Leven en psychische klachten?
- Welk verband bestaat er tussen de beleving van migrant zijn enerzijds en de psychische klachten en de Kwaliteit van Leven anderzijds, ook verdeeld naar de verschillende onderzoekspopulaties en geslacht?

Deze vragen worden in de desbetreffende hoofdstukken nader beschreven.

## 1.8 Beschrijving van de verschillende onderzoeksgroepen

Aan dit onderzoek hebben in totaal 429 Turkse mensen meegedaan, waarvan 168 mannen (39%) en 261 vrouwen (61%). Het is bekend uit de literatuur dat vrouwen een meerderheid vormen in de onderzoeken met Turken (Dieperink, Van Dijk, & Wierdsma, 2002; Schrier, Theunissen, Kempe, & Beekman, 2005). De totale onderzoeksgroep werd ingedeeld in drie subgroepen. De *eerste* groep bestond uit Turkse mensen die aangemeld werden bij de GGZ Midden-Brabant te Tilburg (GGZ-a) te Tilburg. Het ging om 204 Turken, van wie 77 mannen (38%) en 127 vrouwen (62%). De *tweede* onderzoeksgroep bestond uit 200 Turkse mensen uit de Algemene Populatie van Turken in Nederland (AP). Hierbij ging het om 82 mannen (41%) en 118 vrouwen (59%). De *derde* groep bestond uit 25 Turkse cliënten die bij de start van het onderzoek al in behandeling waren bij de GGZ Midden- Brabant te Tilburg (GGZ-b). Deze relatief kleine groep bestond uit 9 mannen (36%) en 16 vrouwen (64%). Hieronder volgt een nadere beschrijving van hoe deze drie groepen waren samengesteld.

### 1.8.1 Onderzoeksgroep 1: de GGZ-a populatie (n=204)

Deze groep bestond uit Turkse cliënten die in de periode van 1 februari 2003 tot 31 juli 2005 bij de GGZ Midden-Brabant werden aangemeld voor behandeling. Gedurende deze periode van bijna 2.5 jaar hebben zich in totaal 705 Turkse volwassen cliënten aangemeld: 414 vrouwen (59%) en 291 mannen (41%), van wie 242 (144 vrouwen, 98 mannen) in 2003, 279 (162 vrouwen, 117 mannen) in 2004 en 184 (108 vrouwen en 76 mannen) in 2005 (t/m 31 juli). In totaal deden er 239 Turkse cliënten (33.9%) van de 705 mee aan dit onderzoek. Hiervan bleven er uiteindelijk 204 (29%) over die het onderzoek volledig hebben afgerond. Vijf procent haakte om verschillende redenen af.

De 204 respondenten werden gedurende de onderzoeksperiode op basis van inclusie- en exclusie- criteria geselecteerd en toebedeeld aan de onderzoeker (MC) door het secretariaat van de afdeling ASK (Aanmeldingen, Screening en Kortdurende behandelingen) van de GGZ Midden-Brabant. Het secretariaat plande de agenda van de onderzoeker vol in volgorde van binnenkomst van de cliënten, voordat ook de agenda's van de andere intakers ingedeeld werden. Toewijzing aan de onderzoeker (MC) was uitsluitend afhankelijk van toepassing van de inclusiecriteria en exclusiecriteria alsmede de beschikbaarheid van de onderzoeker qua werkrooster. Deze werkwijze sloot het optreden van selectie-bias uit doordat de onderzoeker geen enkele invloed kon uitoefenen op de inplanning van de respondenten. Cliënten die niet aan de onderzoeker werden toegewezen, werden gescreend door andere intakers. Voorkeur voor contact met een migrantenhulpverlener heeft geen rol gespeeld of kunnen spelen. In aanmerking kwamen Turkse of Turkssprekende cliënten boven de 18 jaar die aangemeld waren bij GGZ Midden-Brabant voor een intake en die bereid en in staat waren (zoals kunnen lezen en schrijven) om mee te doen aan het onderzoek. Het onderzoek kon ook in het Nederlands plaatsvinden (ook de vragenlijsten). De belangrijke contra-indicatie was het hebben van bezwaren en/of het niet bereid of niet in staat zijn (zoals niet kunnen lezen en schrijven) om te participeren.

#### 1.8.1.1 Beloning

De GGZ-a respondenten mochten, net als de andere twee groepen, als beloning voor het meedoen, vier verschillende voorlichtingsboekjes kiezen uit een serie van in totaal negen boekjes, welke verschillende soorten van geestelijke gezondheidsklachten behandelen (depressieve klachten, psychosomatische klachten, angstklachten, eetstoornissen, psychotische klachten, verslavingsproblematiek, partnerrelatie en seksuele problemen, persoonlijkheidsproblemen en psychische klachten bij kinderen en jeugdigen). Deze boekjes zijn in het Turks geschreven door de onderzoeker.

## 1.8.2 Onderzoeksgroep 2: de GGZ- b populatie (n=25)

Deze groep respondenten bestond in eerste instantie uit 26 Turkse cliënten die ten tijde van de start van het onderzoek al in behandeling waren bij de GGZ Midden- Brabant. Uiteindelijk deden 25 respondenten ook daadwerkelijk mee aan het onderzoek: 9 (36%) mannen en 16 (64%) vrouwen. Bij het samenstellen werden de volgende inclusiecriteria gehanteerd: (i) in behandeling zijn bij de GGZ Midden-Brabant, (ii) van Turkse afkomst zijn en bij voorkeur de Turkse taal beheersen, kunnen lezen en schrijven, (iii) 18 jaar of ouder zijn en (iv) de vragenlijsten volledig ingevuld teruggestuurd hebben.

### 1.8.2.1 Beloning

De GGZ-b respondenten mochten, net als de andere twee groepen, als beloning voor het meedoen vier voorlichtingsboekjes kiezen uit een serie van in totaal negen boekjes, welke verschillende soorten van geestelijke gezondheidsklachten behandelden.

## 1.8.3 Onderzoeksgroep 3: Algemene Populatie (AP) van Turkse Nederlanders (n=200)

### 1.8.3.1 Werving

Gedurende de onderzoeksperiode zijn er 20 voorlichtingsbijeenkomsten georganiseerd in verschillende ontmoetingsruimten (openbaar en toegankelijk voor iedereen), zoals: buurt-huizen, sociaal-culturele centra, moskeeën, ouderencomités van de Turkse gemeenschap en andere ontmoetingsplaatsen in verschillende regio's (Tilburg, Breda, Utrecht, Nijmegen, Rotterdam, Venlo en Oss). Deze dagen werden georganiseerd op basis van initiatieven van de besturen van de desbetreffende organisaties. De onderzoeker (MC) hield daar lezingen over de psychosociale ontwikkeling van allochtone kinderen in Nederland. De aanwezigen waren mannen, vrouwen, vaders, moeders, oma's en opa's en andere personen die bijvoorbeeld iets wilden weten over de ontwikkeling van de kinderen. Na afloop van de voordrachten werd bekend gemaakt dat er een onderzoek aan de gang was en werd in het kort nadere informatie gegeven over het onderzoek. Geïnteresseerden konden de enveloppen met de vragenlijsten, informed consent en een portvrije retourenveloppe meenemen en vrijwillig meedoen aan het onderzoek. We lieten de deelname aan het onderzoek vrij en de aanwezigen werden op geen enkele manier beïnvloed om mee te doen aan dit onderzoek. Op deze manier werden in de periode van februari 2003 tot en met juli 2005 1150 setjes vragenlijsten verspreid. Voor deze groep werden als inclusiecriteria gehanteerd dat de respondenten (i) van Turkse afkomst waren en bij voorkeur de Turkse taal beheersten (lezen en schrijven); (ii) 18 jaar of ouder waren en (iii) de vragenlijsten volledig ingevuld hadden.

Uiteindelijk hebben 252 (21.9%) mensen de vragenlijsten ingevuld en deze teruggestuurd. Tweehonderd testboekjes (17.3%) bleken volledig te zijn beantwoord. De overige 52 (4.5%) waren niet compleet en/of werden opgestuurd na de sluiting van de dataverzameling. Dit responspercentage, alsmede de manier van werven van de respondenten, wijzen mogelijkserwijs op het optreden van een eventuele selectiebias. Bij verdere analyses bleek daarvan naar alle waarschijnlijkheid weinig sprake te zijn. Een belangrijke reden voor deze conclusie is dat er geen significante verschillen waren tussen de drie onderzoeksgroepen voor wat betreft burgerlijke staat (niet alleen gehuwden), het hebben van kinderen (niet alleen ouders) en locatie, zoals moskee (niet alleen gelovigen) (zie Hoofdstuk 2). Verder hebben we ons ook afgevraagd of zulke bijeenkomsten meer bezocht worden door ongezonde mensen die toch iets wilden weten over gezondheidsonderwerpen, of juist wel gezonde mensen die beter in staat zijn om zulke bijeenkomsten te kunnen bezoeken.

In dit verband rijst ook een andere vraag of de bezoekers van zulke bijeenkomsten juist goed ontwikkelde mensen zijn die meer aandacht aan zulke bijeenkomsten kunnen geven. Deze twee bedenkingen zijn ook geldig voor het wel of niet invullen van de vragenlijsten. Een vrij sluitend antwoord op deze vragen hebben we achteraf kunnen geven, want onze Algemene Populatie (AP) bleek een stuk beter ontwikkeld (qua opleiding) en een stuk gezonder dan de GGZ- populatie (zie Hoofdstuk 4 en Hoofdstuk 5).

Wat betreft het lage responspercentage kan opgemerkt worden dat het in feite om een steekproef gaat die om verschillende redenen niet echt bekend is met empirisch onderzoek en mensen betreft die niet gewend zijn om mee te doen aan een dergelijk onderzoek. Daarom hebben we voldoende redenen om dit niet als een laag responspercentage te beschouwen. Overigens is de lage respons van allochtonen in zijn totaliteit redelijk bekend in de literatuur (Foets, 2007). Kamperman (2005) rapporteert een uiteindelijke respons van 13% van de Turkse, 19% van de Surinaamse en 4% van de Marokkaanse respondenten van haar doelgroep. Volgens Hosper en Knipscheer (1999) was de respons van hun Turkse onderzoekspopulatie binnen hun AGGZ-populatie rond de 40%, nadat ze via hulpverleners onder andere Turkse cliënten bij het onderzoek gingen betrekken. Opvallend was de respons van slechts 20% van de autochtone Nederlanders die schriftelijk verzocht waren om deel te nemen aan het betreffende onderzoek! Een ander onderzoek leverde 9% respons op (Kruisbergen & Veld, 2002). Arends-Tóth (2003) had 32.5% respons van haar Turkseonderzoeksgroep in haar onderzoek over 'psychologische acculturatie van Turkse migranten in Nederland'. Een recent onderzoek (Carlier, Van Ameijden, Van den Brink, Bouwman-Notenboom, & Bergen, 2007) over lichamelijke gezondheid en zorggebruik laat zien dat het spontane responspercentage van de Utrechtse Turken 15% was. Na twee schriftelijke herinneringen, één telefoongesprek en hulp bij het invullen van de vragenlijst was dit percentage gestegen naar 41%. In dit kader beweren Schmeets en Michiels (2004) zelfs dat het CBS terughoudend is geweest in het toegankelijk maken van informatie over het Permanent Onderzoek

Leefsituatie (POLS), vanwege twijfels over de kwaliteit van de POLS-cijfers door een hoge non-respons bij allochtone groepen. Waarschijnlijk neemt het Sociaal Cultureel Planbureau (SCP) daarom thans extra maatregelen om de responspercentages van onder andere Turken te verhogen, zoals het minimaal vier keer benaderen van personen (Brassé, 2007). Vier keer benaderen is mogelijk zelfs nog aan de (te) lage kant, gelet op het feit dat in de Verenigde Staten respondenten nog aanmerkelijk frequenter benaderd worden.

Ook Schmeets (2004) rapporteert dat er extra maatregelen werden getroffen in hun onderzoek (het Onderzoek Gezinsvorming onder Jonge Allochtonen), zoals een speciale benaderingsstrategie met specifieke richtlijnen voor interviews, bezoekdagen en bezoektijden en een op de doelgroep toegesneden aanschrijfbrief en informatiefolder.

### 1.8.3.2 Beloning

Verder troffen respondenten in het testboekje ook een formulier aan waarop zij konden aangeven of zij een rapportage over hun psychische toestand op basis van de door hen ingevulde vragenlijsten wilden ontvangen. Tevens bevatte het testboekje een lijst waarop zij een keuze konden maken welke vier van de acht voorlichtingsboekjes over psychische stoornissen zij wilden ontvangen. Per saldo ontvingen 195 respondenten van deze groep (vijf deelnemers wilden het om verschillende redenen niet) een brief in het Turks, waarin de constatering op basis van de door hen ingevulde vragenlijsten werden besproken. Zij werden extra geattendeerd op het feit dat de antwoorden van de vragenlijsten niet altijd een weerspiegeling zijn van de werkelijkheid. Zo kan iemand zich depressief voelen zonder dat dit uit de antwoorden op de vragenlijsten blijkt. Aangegeven werd dat men zelf de eigen toestand goed in de gaten moest houden en dat men zonodig naar de huisarts moest gaan voor verder onderzoek en/of behandeling.

## 1.9 Methodologie

In het kader van het huidige onderzoek werd gebruik gemaakt van verschillende onderzoeksinstrumenten. Om dit overzichtelijk te maken, hebben we deze verdeeld in vijf categorieën.

### 1.9.1 Instrumenten voor het meten van algemene kenmerken

Om de algemene kenmerken in kaart te brengen, werd gebruik gemaakt van een vragenlijst (Biografische Anamneselijst) die uit 35 vragen bestaat (zie Bijlage 1.1). Door middel van deze vragenlijst werden, naast algemene en demografische gegevens, ook gegevens verzameld over sociaaleconomische, sociaal-culturele en andere achtergrondkenmerken. Deze vragenlijst is ingevuld door de hele steekproef ( $N=429$ ) (zie voor de uitgebreide informatie hierover Hoofdstuk 2).

Voor de dataverwerking werd gebruik gemaakt van het Statistical Package for Social Sciences version 12.0 (Huizingh, 2004; SPSS, 2004). Naast gemiddelde scores en standaardafwijkingen werden ook Chi-kwadraat-, Mann-Whitney- en Kruskal-Wallis analyses gedaan.

### 1.9.2 Instrument om de beleving van migrant zijn te meten

Om de beleving van het migrant zijn te kunnen meten, hebben we een vragenlijst ontwikkeld: de *Vragenlijst Beleving van Migrant zijn* (VBM) (zie Bijlage 5.1). Hiervoor hebben we in verschillende fasen gebruik gemaakt van een adviesgroep/expertpanel.

Naast het ontwikkelen van deze vragenlijst hebben we de psychometrische kwaliteiten onderzocht door middel van gemiddelde scores met standaardafwijkingen, factoranalyse (Scree test van Cattell, Principale Componenten Analyses (PCA) inclusief Varimax-rotatie) betrouwbaarheidsanalyses, Chi-kwadraat-analyses, Student *t*-toetsen, Pearson-correlaties, Fisher *z*-transformaties, ANOVA's, multiple regressieanalyses, logistische regressieanalyses, (zie voor uitgebreide informatie Hoofdstuk 4). Bij deze analyses is gebruik gemaakt van het Statistical Package for Social Sciences version 12.0 (Huizingh, 2004; SPSS, 2004).

### 1.9.3 Meetinstrumenten voor As- I-stoornissen

Om psychiatrische stoornissen op As- I van de DSM IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; American Psychiatric Association, 2001) te kunnen constateren, werd gebruik gemaakt van de SCAN 2.1 (Schedules for the Clinical Assessment in Neuropsychiatry; Giel & Nienhuis, 1999) en de Turkse versie van de SCL-90 (Symptoms Checklist; Fidaner & Fidaner, 1984). Vanwege methodisch-technische redenen is de SCAN 2.1 alleen bij de GGZ-a populatie ( $n=204$ ) afgenomen. De SCL-90 daarentegen is bij de totale groep deelnemers aan dit onderzoek afgenomen ( $N=429$ ) (zie voor uitgebreide informatie Hoofdstuk 5). Om deze data te verwerken, werd gebruik gemaakt van het Statistical Package for Social Sciences version 12.0 (Huizingh, 2004; SPSS, 2004). Naast gemiddelde scores met standaardafwijkingen werden ook Chi-kwadraat-, Mann-Whitney- en Kruskal-Wallis analyses, Student *t*-toetsen en *F*-toetsen uitgevoerd. Ook werden betrouwbaarheidsanalyses uitgevoerd en Pearson-correlaties berekend.

### 1.9.4 Meetinstrumenten voor As-II-stoornissen

Om persoonlijkheidsstoornissen te kunnen constateren, werd zowel van de Nederlandse versie van de Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis- II Personality Disorders (SCID- II; Spitzer, Williams, Gibbon, & First, 1990; First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 1997; Weertman, Arntz, & Kerkhofs, 2000) als van de Turkse versie van NEO-PI-R (Gülgöz, 2002; Somer, 1998) gebruik gemaakt (zie voor uitgebreide informatie Hoofdstuk 5).

Om deze data te verwerken, werd gebruik gemaakt van het Statistical Package for Social Sciences version 12.0 (Huizingh, 2004; SPSS, 2004). Naast gemiddelde scores met standaardafwijkingen werden ook Chi-kwadraat- analyses, Student *t*- toetsen en betrouwbaarheidsanalyses uitgevoerd. Ook werden Pearson- correlaties berekend.

### 1.9.5 Meetinstrument voor Kwaliteit van Leven

Om kwaliteit van leven te kunnen meten, hebben we gebruik gemaakt van de Turkse versie van de WHOQOL-100 (Eser, Fidaner, & Fidaner, 1999) (zie voor uitgebreide informatie Hoofdstuk 6). Anders dan bij de Nederlandse versie van de WHOQOL-100 (De Vries, 1996; De Vries & Van Heck, 1995; WHOQOL Group, 1995) het geval is, zijn in de Turkse versie van de WHOQOL-100 een aantal extra vragen opgenomen die over klachten/ziekten van respondenten gaan die zij in hun leven (tot nu toe) hebben gehad dan wel op dit moment hebben. Deze gegevens worden gepresenteerd in Hoofdstuk 6, daar waar het gaat om de ervaren gezondheid.

Om deze data te verwerken, werd gebruik gemaakt van het Statistical Package for Social Sciences version 12.0 (Huizingh, 2004; SPSS, 2004). Naast gemiddelde scores met standaardafwijkingen werden ook Chi-kwadraat- analyses, Student *t*- toetsen, en ANOVA's uitgevoerd. Ook werden er betrouwbaarheidsanalyses gedaan, Bonferroni- correcties toegepast en Pearson- correlaties berekend.

### 1.10 Beperkingen van dit onderzoek

Naast de eerder genoemde kwetsbaarheden van dit onderzoek, zoals bij de werving van de groepen van hele steekproef, zijn enkele andere opmerkingen met betrekking tot het hele onderzoek op zijn plaats. Opgemerkt moet worden dat het huidige onderzoek geen epidemiologische studie betreft. Dat dit wel het geval zou zijn, wordt misschien gesuggereerd door de algemene aanduidingen "Turken in Nederland". Opgemerkt moet daarom worden dat de uitkomsten niet zondermeer gegeneraliseerd kunnen worden naar *alle* Turken in Nederland. Gesteld kan wel worden dat de huidige steekproeven in belangrijke opzichten overeenkomen met vergelijkbare steekproeven van andere studies in Nederland (zie Hoofdstuk 2). Dit neemt echter niet weg dat met name de onderzochte GGZ-steekproeven een zeker regionaal karakter hebben doordat ze geheel bestaan uit respondenten die woonachtig zijn in Midden-Brabant. Toekomstig onderzoek, gebaseerd op een representatieve landelijke steekproef, is derhalve zeer gewenst. Verder zou het beter geweest zijn als we dezelfde vragenlijsten hadden kunnen gebruiken bij alle drie de onderzoeksgroepen. We hebben nu uitgebreidere data voor de GGZ-a populatie dan voor de Algemene Populatie van Turken in Nederland (AP-groep) en de GGZ-b populatie. Uiteraard was het beter geweest als we ofwel meer respondenten hadden gevonden voor onze GGZ- b po-

pulatie. Deze beperking is enigszins geneutraliseerd doordat het mogelijk bleek om deze twee ggz-groepen voor veel analyses op wetenschappelijk verantwoorde manier samen te voegen (zie Hoofdstuk 2). Het zou verder wellicht beter geweest zijn als we ook ieder instrument in het Turks tot onze beschikking gehad hadden. Helaas was dit niet het geval. Dit komt, omdat sommige instrumenten überhaupt niet in het Turks bestaan, zoals de SCID-II. In het licht dat dit onderzoek betrekking heeft op Turken in Nederland en op de gevolgen van hun migratie, in termen van beleving van migrant zijn, psychische gezondheid en Kwaliteit van Leven, was het beter geweest als dit een vergelijkend onderzoek was tussen Turken in Nederland, autochtone Nederlanders en Turken in Turkije. In dat geval zouden de effecten van 'het migrant zijn' nog duidelijker in beeld gebracht kunnen worden en zouden er met meer zekerheid conclusies getrokken kunnen worden. Een andere beperking betreft het niet volledig in kaart brengen van de sociaaleconomische status (SES) van de respondenten. SES speelt een belangrijke rol in het debat over cultuur versus andere gedragsdeterminanten van gezondheid. In het huidige onderzoek is wel informatie verkregen over het opleidingsniveau van de deelnemers, maar niet over andere componenten van SES, zoals beroepsniveau en hoogte van het inkomen.

### 1.11 Voorzorgsmaatregelen met betrekking tot het diagnostisch gesprek

Om een mogelijke bias (Te Nijenhuis & Van der Flier, 1999; Smits, De Vries, & Beekman, 2005; Van de Vijver, 2005) bij de diagnosestelling in het contact met de GGZ-a populatie te voorkomen, mogelijk andere knelpunten, zoals taal- en andere culturele problemen te overwinnen (Kleber, 2003; Richters, 1991) en semantische equivalentie, inhoudsequivalentie, conceptuele equivalentie, criteriumequivalentie en technische equivalentie (De Jong, Reis, & Poortinga, 2010; De Jong & Van Ommeren, 2002; Kortmann, 2006; Van Leest, 1997) van de in dit onderzoek gebruikte meetinstrumenten te vergroten, is vooral gebruik gemaakt van socioculturele overeenkomsten tussen de onderzoeker en de respondenten, zoals tweetaligheid, leven in Nederland ('het migrant zijn') en gezamenlijke culturele codes (Knipscheer & Kleber, 2005; Kortmann, 1997). Om echter te voorkomen dat het onderzoek alleen vanuit een Turkse/immigranteninvalshoek werd uitgevoerd, werd tevens uitgegaan van de kritische blik van de promotoren en andere deskundigen, zoals een adviesgroep/ expert panel, de wetenschappelijke commissie van de GGZ Midden-Brabant en de Medisch Ethische Toetsingscommissie Zuid-Nederland.

### 1.12 De indeling van dit proefschrift

De hierboven genoemde algemene uitgangspunten, doelstellingen en vragen worden in de volgende hoofdstukken uitgebreid uiteengezet. Ook worden de onderzoeksresultaten uit-



voerig beschreven. In dit kader wordt in Hoofdstuk 1 een algemene inleiding gehouden, waarbij migratie, migratie van Turken, onderzoekskader, theoretisch kader, algemene doelstellingen, hypothesen en vraagstellingen nader worden beschreven. Verder worden de drie groepen van dit onderzoek, de werving hiervan, beloning van de respondenten en de methodologie, uitgebreid beschreven. In Hoofdstuk 2 wordt aandacht besteed aan zowel algemene als specifieke kenmerken van de steekproef. Zodoende wordt er aandacht besteed aan migratie en psychische gezondheid, determinanten van gezondheid, de demografische, sociaal economische, sociaal-culturele en religieuze kenmerken, alsmede aan de gedachten en gevoelens van de deelnemers ten aanzien van het land van herkomst en Nederland. In Hoofdstuk 3 wordt vooral aan de hand van literatuur het belevingsaspect onder de loep genomen en wordt een theoretische inleiding gepresenteerd. In Hoofdstuk 4 wordt beschreven waarom we een vragenlijst (Vragenlijst Beleving van Migrant zijn; VBM) wilden ontwikkelen om dit belevingsaspect te constateren en te meten. Er wordt uitgebreid gerapporteerd over de inhoud en de psychometrische kwaliteiten van deze vragenlijst. Ook worden de scores op de VBM vergeleken met de uitkomsten van andere vragenlijsten. In Hoofdstuk 5 wordt de psychische gezondheid onder de loep genomen. In dat kader komen verschillende onderwerpen aan de orde, zoals: determinanten van psychische gezondheid, de relatie tussen migratie en psychische gezondheid, psychische stoornissen en gestelde diagnosen op As-I-niveau en As- II-niveau.

In Hoofdstuk 6 komt de Kwaliteit van Leven van Turken in Nederland uitgebreid aan de orde. Behalve het begrip 'Kwaliteit van Leven' wordt aan de meting hiervan aandacht besteed. Naast de ervaren gezondheid van Turken in Nederland worden zowel de algemene Kwaliteit van Leven, als de specifieke onderdelen van Kwaliteit van Leven van Turken in Nederland ter sprake gebracht en dit meestal in vergelijking tot andere groeperingen, zoals bijvoorbeeld autochtone Nederlanders. Vervolgens wordt veel aandacht besteed aan de constateringen op grond van de WHOQOL-100 bij onze steekproef en vergelijkingen met de andere vragenlijsten.

In Hoofdstuk 7 wordt een Nederlandse samenvatting en discussie en in Hoofdstuk 8 een Engelse en een Turkse samenvatting en discussie gegeven. Hoofdstuk 9 bevat een aantal bijlagen. Hoofdstuk 10 gaat over de auteur zelf.

## 1.13 Literatuur

- Akhtar, S. (1999). *Immigration and identity. Turmoil, treatment, and transformation*. Northvale, NJ: Jason Aronson Inc. American Psychiatric Association (APA). (2001). *Beknopte handleiding bij de Diagnostische Criteria van de DSM-IV-TR*. Amsterdam: Harcourt Book Publishers.
- Amersfoort, J. van (1998). Migratie en migratietheorieën. In R. Penninx, H. Münstermann, & H. Entzinger (Red.), *Etnische minderheden en de multiculturele samenleving* (pp. 59-82). Groningen: Wolters Noordhoff.
- Arends- Tóth, J. (2003). *Psychological acculturation of Turkish migrants in the Netherlands. Issues in theory and assessment*. Academisch proefschrift. Tilburg: Dutch University Press.
- Bala, J. (1999). In de marge van de psychotherapeutische optiek. In A. van Waning (Red.), *Multiculturele samenleving en psychoanalyse* (pp. 53-72). Assen: Van Gorcum.
- Baycili, S. (2000). Migrantenliteratuur: Hype of kennisbron? In J. van den Bogaard & M. Can (Red.), *Over de grens. Psychische hulpverlening aan allochtonen* (pp. 65-74). Tilburg: Dutch University Press.
- Beer, J. de (1998). Migratie naar Nederland. In R. Penninx, H. Münstermann, & H. Entzinger (Red.), *Etnische minderheden en de multiculturele samenleving* (pp. 3-13). Groningen: Wolters Noordhoff.
- Bekkum, D. van, Ende, M. van de, Heezen, S., & Hijmans van den Bergh, A. (1996). Migratie als transitie: De liminele kwetsbaarheid van migranten en implicaties voor de hulpverlening. In J. de Jong & M. van den Bergh (Red.), *Transculturele psychiatrie en psychotherapie. Handboek voor hulpverlening en beleid* (pp. 35-60). Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Berry, J.W. (1990). Psychology of acculturation. In J.J. Berman (Red.), *Cross-cultural perspectives: Nebraska symposium on motivation 1989. Vol. 37* (pp. 201-234). Lincoln, NE: University of Nebraska Press.
- Berry, J.W. (1992). Acculturation and adaptation in a new society. *International Migration, special issue Migration and Health in the 1990's*, 30, 69-85.
- Berry, J.W. (1997). Immigration, acculturation and adaptation. *Applied Psychology: An International Review*, 4, 5-35.
- Bogaard, J. van den (2000). Migrantenliteratuur: Hype of kennisbron? Psychische problematiek in migranten literatuur. In J. van den Bogaard & M. Can (Red.), *Over de grens. Psychische hulpverlening aan allochtonen* (pp. 57-64). Tilburg: Dutch University Press.
- Boon, C. A. den, & Geeraerts, D. (2005). *Van Dale Groot Woordenboek van de Nederlandse Taal* (14<sup>e</sup> druk). Leeuwarden: NDC/VBK.

- Brassé, P. (2007). Jaarrapport Integratie is juweeltje. Geraadpleegd op 20 december 2008 van <http://www.wereldjournalisten.nl/artikel/2007/12/20>
- Butter, E. (2008). Turken in Nederland. Geraadpleegd op 24 november 2008 van <http://www.acbkenniscentrum.nl/turken>
- Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı 2002 yılı raporu (2003). *Yurtdışındaki Vatandaşlarımıza İlişkin Gelişmeler ve Sayısal Bilgiler* [De ontwikkelingen met betrekking tot en cijfers over de Turken in het buitenland], 112. Ankara: Dış İlişkiler ve Yurtdışı İşçi Hizmetleri Genel Müdürlüğü.
- Can, M. (1998). Psychotherapeutische methodiek. In J.E. de Neef, J. Tenwolde, & K.A.A. Mouthaan (Red.), *Handboek interculturele zorg* (pp. 8/15-8/51). Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom.
- Can, M., & Can-Engin, H. (1997). *De zwarte tulp. De positie van Turken in Nederland*. Utrecht: Uitgeverij Jan van Arkel.
- Carlier, B. E., Ameijden E.J.C. van, Brink, C.L. van den, Bouwman-Notenboom, A.J., & Bergen, A.P.L. (2007). *Enquête onderzoek onder achterstandsgroepen: Non-respons en interne validiteit*. Utrecht: GG&GD.
- Centraal Bureau voor de Statistiek- Statline (2007). Alloctonenprognose 2006-2050. Geraadpleegd op 15 december 2008, <http://www.statline-cbs.nl/menu/themas/dossiers/allochtonen>
- Centraal Bureau voor de Statistiek - Statline (2008a). Bevolking, kerncijfers naar diverse kenmerken. Geraadpleegd op 28 augustus 2008, <http://www.statline-cbs.nl/statweb/selection>
- Centraal Bureau voor de Statistiek- Statline (2008b). Alloctonen, herkomstgroepen, geslacht en leeftijd. Geraadpleegd op 14 augustus 2008, <http://www.statline-cbs.nl/menu/themas/dossiers/allochtonen>
- Centraal Bureau voor de Statistiek Statline (2010). Bevolking per maand; leeftijd, geslacht, herkomst, generatie. Geraadpleegd op 09 september 2010, <http://www.statline-cbs.nl/StatWeb/Publication>
- Devillé, W.L.J.M., & Drewes, J.B.J. (2003). Gezondheidstoestand en zorggebruik. In J.E. de Neef, J. Tenwolde, & K.A.A. Mouthaan (Red.), *Handboek interculturele zorg* (pp. 3.1.1- 3.1. 42). Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom.
- Dieperink, C., Dijk, R. van, & Wierdsma, A. (2002). GGZ voor alloctonen. Ontwikkelingen in het zorggebruik in de regio Rotterdam, 1990-1998. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 57, 87-97.
- Dunphy, G. (2001). Migrant, emigrant, immigrant. Recent developments in Turkish Dutch literature. *Neophilologus*, 85, 1-23.

- Dutch Ministry of Foreign Affairs (2003). *Turkey and The EU. From association to accession*. Record of the high-level round table conference, 6-7 November 2003. The Hague: Ministry of Foreign Affairs Forward Strategy Unit.
- Elderen, T. van, Toorn, S. van der, Echteld, M.A., Folkersma, R., Maes, S., & Diekstra, R. (1994). *Kwaliteit van leven onderzoek bij somatische chronische ziek(t) en. Overzichtsstudie*. Leiden: Rijksuniversiteit Leiden, Vakgroep Klinische, Gezondheids- en Persoonlijkheidspsychologie.
- Engelhard, D. (2006). Pendelen op je oude dag, pendelmigratie en gezondheid bij oudere migranten. *Cultuur, Migratie, Gezondheid*, 3, 14-25.
- Entzinger, H.B. (1987). Een kleine wereld. *Migrantenstudies*, 3, 2-21.
- Es, D. van (1995). *De migrant als patiënt. Een oriëntatie voor hulpverleners in de gezondheidszorg*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Eser, S.Y., Fidaner, H., & Fidaner, C. (1999). Yaşam Kalitesinin ölçülmesi, WHOQOL-100 ve WHOQOL-Bref [Het meten van de Kwaliteit van Leven; WHOQOL-100 en WHOQOL-Bref]. *3P Dergisi*, 7, 5-13.
- Fernandez, R., & König, F. (1983). *Condición migrante. Ziektebeleving en ziektegedrag bij mediterrane werknemers; medische en cultureel antropologische beschouwingen*. Amsterdam: GMD-interne publikatie.
- Fidaner, H., & Fidaner, C. (1984). SCL-90 Ruh Sağlığı Testi'nin uygulaması ve metodolojik sorunlar [Het gebruik van de SCL-90 en de methodologische problemen daarvan]. 20. Psikiyatrik ve Nörolojik bilimler kongresi. Bursa.
- First, M.B., Spitzer, R.L., Gibbon, M., & Williams, J.B. (1997). *The Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis-II disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Foets, M. (2007). Steekproeftrekking: Identificatie van de allochtone populatie. In M. Foets, J. Schuster, & K. Stronks (Red.), *Gezondheids(zorg) onderzoek onder allochtone bevolkings groepen. Een praktische introductie* (pp. 53-62). Amsterdam: Aksant.
- Galtung, J. (1971). A structural Theory of Imperialism. *Journal of Peace Research*, 8, 81-117.
- Garssen, J., Nicolaas, H., & Sprangers, A. (2005). *Demografie van de allochtonen in Nederland. Bevolkingstrends, 3<sup>e</sup> kwartaal*. Den Haag/Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek.
- Giel, R., & Nienhuis, F.J. (1999). Scan 2.1. Vragenschema's voor de klinische beoordeling in de neuropsychiatrie. Interview- woordenlijst. Lisse: Swets Test Publishers.
- Graafsma, T., & Tieken, J. (1987). Leven in een condición migrante. In P.A.Q.M. Lamers (Red.), *Hulpverlening aan migranten: De confrontatie van culturen in de geestelijke gezondheidszorg* ( pp. 26-34). Alphen aan den Rijn: Samson Stafleu.

- Grinberg, L., & Grinberg, R. (1990). Een psychoanalytisch onderzoek naar migratie; pathologische en niet- pathologische aspecten. *Psychotherapeutisch Paspoort*, 4, 1.97-1.123.
- Groot, A. H. de (2004). Nederland en Turkije. Zeshonderd jaar politieke, economische en culturele contacten. In H. Can-Engin (Red.), *De positie van Turken in Nederland 2004. Veertig jaar migratie* (pp. 10-27). Utrecht: Inspraakorgaan Turken in Nederland.
- Gülgöz, S. (2002). Five-factor model and NEO-PI-R in Turkey. In A.J. Marsella, R.R. McCrae, & J. Allik (Red.), *The five-factor model across cultures* (pp. 175-196). New York, NY: Kluwer Academic Plenum.
- Haegenborgh, M. (1997). Integratie, inpassing, inburgering, emancipatie en participatie. Het verhaal van de allochtonen in België tijdens de 20<sup>ste</sup> eeuw. *Welzijnszorg- Welzijnszorg, Integratie van Minderheden*, 24, 14-16.
- Hagendoorn, L. (1998). Cultuurconflict, etnocentrisme en vooroordeel. In R. Penninx, H. Münstermann, & H. Entzinger (Red.), *Etnische minderheden en de multiculturele samenleving* (pp. 113-134). Groningen: Wolters Noordhoff.
- Hofer, J. (1678). Medical dissertation on nostalgia. *Bulletin of The Institute of the History of Medicine* (pp. 376-391). Trans. Carolyn Kiser Anspack. Augustus 1934.
- Hosper, K., & Knipscheer, J. (1999). De allochtone cliënt aan het woord. In K. Hosper, S. van 't Hof, J. Knipscheer, W. Vollebergh, & R. Bijl (Red.), *Allochtone cliënten in de ambulante GGZ. Een inventarisatie van klachten, oorzaken, hulpvragen en hulpaanbod vanuit het perspectief van hulpverleners en cliënten* (pp. 51-67). Utrecht: Trimbos instituut.
- Huizingh, E. (2004). *Inleiding SPSS, 12.0 voor Windows en Data Entry*. Den Haag: Academic Service.
- Jong, J.T.V.M. de, & Ommeren, M. van (2002). Toward a culture-informed epidemiology: Combining qualitative and quantitative research in transcultural contexts. *Transcultural Psychiatry*, 39, 422-433.
- Jong, J.T.V.M. de, Reis, R., & Poortinga, Y. (2010). Onderzoeksmethodologie. In J. de Jong & S. Colijn (Red.), *Handboek Culturele psychiatrie en psychotherapie* (pp. 270-286). Utrecht: De Tijdstroom.
- Kamperman, A.M. (2005). *Deconstructing ethnic differences in mental health of Surinamese, Moroccan and Turkish migrants in the Netherlands*. Academisch proefschrift. Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam, Faculteit der Geneeskunde.
- Kindermans, G. (2000). 'Overall ongelukkig, allochtonen in therapie'. *De Psycholoog*, 35, 576-579.
- Kleber, R.J. (2003). Culturele competentie binnen de context van wetenschappelijk onderzoek in de GGZ. In M. Braakman, M. Mensinga, & H. Rohlf (Red.), *Culturen zonder muren. Thema: Culturele competentie en professie* (pp. 41-48). Badhoevedorp: Mension.

- Knipscheer, J.W. (2000). *Cultural convergence and divergence in mental health care. Empirical studies on mental distress and help-seeking behaviour of Surinamese, Ghanaian, Turkish and Moroccan migrants in the Netherlands*. Academisch proefschrift. Utrecht: Universiteit Utrecht, Faculteit Sociale Wetenschappen & Capaciteitsgroep Klinische Psychologie.
- Knipscheer, J., & Kleber, R. (1998). Migranten, psychische (on)gezondheid en hulpverlening. *De Psycholoog*, 33, 151-157.
- Knipscheer, J., & Kleber, R. (2005). Migranten in de GGZ: Empirische bevindingen rond gezondheid, hulpzoekgedrag, hulpbehoeften en waardering van zorg. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 47, 753- 759.
- Kortmann, F.A.M. (1997). Empathie voor het vreemde. Omgaan met psychopathologie van mensen uit een andere cultuur. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 9, 833-843.
- Kortmann, F.A.M. (2006). *Transculturele psychiatrie. Van praktijk naar theorie*. Assen: Van Gorcum.
- Kruisbergen, E.W., & Veld, T. (2002). *Een gekleurd beeld. Over beelden, beoordelingen en selectie van jonge allochtone werknemers*. Assen: Van Gorcum.
- Leest, P. van (1997). *Persoonlijkheidsmeting bij allochtonen. De gebruikswaarde van persoonlijkheidsvragenlijsten bij selectie van allochtonen*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Lucassen, J., & Penninx, R. (1985). *Nieuwkomers. Immigranten en hun nakomelingen in Nederland 1550-1985*. Amsterdam: Meulenhoff Informatief.
- Martens, E.P., & Verweij, A.O. (1997). *Turken in Nederland, kerncijfers 1996. Minderheden in beeld*. Rotterdam: Instituut voor Sociologisch- Economisch Onderzoek (ISEO).
- Meurs, P. (1998). Verlangen naar verwevenheid met cultuur van herkomst. De psychodynamiek van migratie in verschillende gedaanten. In P. Meurs & A. Gailly (Red.), *Wortelen in andere aarde. Migrantengezinnen en hulpverleners ontmoeten cultuurverschil* (pp. 93-120). Leuven/Amersfoort: Acco.
- Neef, J.E. de, Tenwolde, J., & Mouthaan, K.A.A. (Red.) (1996). *Handboek interculturele zorg*. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom.
- Nichter, M. (1981). Idioms of distress. Alternatives in the expression of psychosocial distress: A case study from India. *Culture, medicine, and psychiatry*, 5, 379-408.
- Niessen, J. (2001). *Diversiteit en cohesie: Nieuwe uitdagingen betreffende de integratie van immigranten en minderheden*. Brussel: Directoraat -Generaal III-Sociale Cohesie, Directie Sociale Zaken en Gezondheid. VWS-Raad van Europa-Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap.
- Nijenhuis, J. te, & Flier, H. van der (1999). Bias research in The Netherlands: Review and implications. *European Journal of Psychological Assessment*, 15, 165-175.

- Penninx, R. (1996). De Nederlandse samenleving en haar migranten. In J. de Jong & M. van den Berg (Red.), *Transculturele psychiatrie en psychotherapie. Handboek voor hulpverlening en beleid* (pp. 11-20). Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Richters, J.M. (1991). *De medische antropoloog als verteller en vertaler. Met Hermes op reis in het land van de afgoden*. Heemstede: Smart.
- Schellingerhout, R. (2004). Gezondheid en welzijn van allochtone ouderen. In R. Schellingerhout (Red.), *Sociaal-culturele integratie, tevredenheid met het bestaan in Nederland en terugkeergeneigdheid* (pp. 79-103). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Schmeets, H. (2004). Respons van eerste generatie allochtonen in het POLS. *Bevolkingstrends, 4<sup>e</sup> kwartaal*. Voorburg/ Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek.
- Schmeets, H., & Michiels, J. (2004). Het effect van non-respons onder allochtonen. *Bevolkingstrends, 4<sup>e</sup> kwartaal*. Voorburg/ Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek.
- Schrier, A.C., Theunissen, J.R., Kempe, P.T., & Beekman, A.T.F. (2005). Migranten in de ambulante GGZ maken een inhaalslag. *Tijdschrift voor Psychiatrie, 47*, 771- 777.
- Shadid, W.A . (1998a). Interculturele communicatie. In R. Penninx, H. Münstermann, & H. Entzinger (Red.), *Etnische minderheden en de multiculturele samenleving* (pp.137-168). Groningen: Wolters Noordhoff.
- Shadid, W.A. (1998b). *Grondslagen van interculturele communicatie. Studieveld en werkterrein*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Smits, C.H.M., Vries, W. de, & Beekman, A.T.F. (2005). The CIDI as an instrument for diagnosing depression in older Turkish and Moroccan labour migrants: An exploratory study into equivalence. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 20*, 436-445.
- Somer, O. (1998). Türkçe'de Kişilik Özelliği Tanımlayan Sıfatların Yapısı ve Beş Faktör Modeli [The Structure of trait descriptive adjectives in Turkish language and the five-factor model]. *Türk Psikoloji Dergisi, 13*, 17-36.
- Spitzer, R.L., Williams, J.B.W., Gibbon, M., & First, M.B. (1990). *Structured Clinical Interview for DSM-III-R-R Personality Disorders (SCID-II)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- SPSS version 12.0. (2004). Chicago, IL: SPSS Inc.
- Teber, S. (1993). *Göçmenlik yaşantısı ve kimlik değişimi* [Leven als migrant en veranderingen in de identiteit]. Keulen: Ortadoğu.
- Verdaasdonck, H. (2000). Migrantenliteratuur: Hype of kennisbron? In J. van den Bogaard & M. Can (Red.), *Over de grens. Psychische hulpverlening aan allochtonen* (pp. 53-56). Tilburg: Dutch University Press.

- Verdonk, A. (1977). Migratie en psychische stoornis. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 6, 406-419.
- Verkuyten, M. (1999). *Etnische identiteit. Theoretische en empirische benaderingen*. Amsterdam: Het Spinhuis.
- Vijver, F. van de (2005). Diagnostiek en testgebruik met allochtonen. In J. Knipscheer & R. Kleber (Red.), *Psychologie en de multiculturele samenleving* (pp. 156-175). Den Haag: Boom.
- Vries, J. de (1996). *Beyond health status. Construction and validation of the Dutch WHO Quality of Life assessment instrument*. Academisch proefschrift. Tilburg: Universiteit van Tilburg.
- Vries, J. de, & Heck, G.L. van (1995). *De Nederlandse versie van de WHOQOL-100*. Tilburg: Universiteit van Tilburg.
- Weertman, A., Arntz, A., & Kerkhofs, M.L.M. (2000). *Gestructureerd klinisch interview voor DSM-IV As-II- persoonlijkheidsstoornissen*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Werf, S. van der (1998). *Allochtonen. Een inleiding in de multiculturele samenleving*. Bussum: Coutinho.
- WHOQOL Group (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organisation. *Social Science and Medicine*, 41, 1569-1585.
- Zwart, J. de (2006). *Emigreren, wat nu...? Praktische hulp voor mensen die gaan emigreren*. Utrecht: Uitgeverij Egel.





# 2

Kenmerken van de steekproef





## 2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden voor de gehele steekproef zowel algemene als specifieke kenmerken beschreven die te maken kunnen hebben met de beleving van migrant zijn, de psychische gezondheid en de ervaren kwaliteit van leven. Het gaat onder meer over de demografische, sociaaleconomische en sociaal-culturele kenmerken.

### 2.1.1 Dataverzameling en dataverwerking

Hieronder worden voor de gehele steekproef de resultaten besproken die verzameld zijn door middel van de 'Biografische Anamneselijst' (zie Bijlage 1.1). Deze vragenlijst bestond uit 35 open en gesloten vragen, welke door de respondent zelf ingevuld moesten worden. Daarnaast was er ruimte voor verdere op- en aanmerkingen. Het gaat om in totaal 429 vragenlijsten, waarvan 204 ingevuld werden door de Turkse GGZ-a populatie (GGZ-a), 25 door Turkse cliënten die al in behandeling waren (GGZ-b populatie) en 200 door Turkse mensen uit de Algemene Populatie van Turken in Nederland (AP).

Voor de verwerking van deze data werd gebruik gemaakt van het Statistical Package for the Social Sciences version 12.0 (Huizingh, 2004; SPSS, 2004). Naast het berekenen van gemiddelde scores en standaarddeviaties werden ook Chi-square-, Mann-Whitney- en Kruskal-Wallis- analyses uitgevoerd, waarbij  $p < 0.05$  werd gehanteerd. Naast de beschrijving van deze kenmerken werd ook gezocht naar een verklaring voor de kenmerken van de steekproef aan de hand van vergelijkingen met gegevens uit de literatuur. De bedoeling van dit hoofdstuk is het exploreren van de verschillen en overeenkomsten tussen de onderzoekspopulaties van het huidige onderzoek en andere (Turkse) groepen die bestudeerd zijn in andere onderzoeken.

Hieronder volgt een overzicht van de analyses betreffende de demografische kenmerken.

## 2.2 Demografische kenmerken

### 2.2.1 Geslacht

De totale onderzoeksgroep ( $N=429$ ) bestond voor 39% ( $n=168$ ) uit mannelijke en voor 61% ( $n=261$ ) uit vrouwelijke respondenten. De verdeling per onderzoeksgroep is als volgt (Tabel 2.1).

Tabel 2.1 Aantallen en Percentages Mannen en Vrouwen per Onderzoeksgroep

Aantallen en Percentages				
Geslacht	GGZ-a ( $n=204$ )	GGZ-b ( $n=25$ )	AP ( $n=200$ )	Totaal ( $N=429$ )
Mannen	77 (38%)	9 (36%)	82 (41%)	168 (39%)
Vrouwen	127 (62%)	16 (64%)	118 (59%)	261 (61%)

### 2.2.2 Leeftijd

De totale onderzoeksgroep ( $N=429$ ) had een gemiddelde leeftijd van 35 jaar ( $M = 35.0$ ,  $SD = 8.60$ ). In Tabel 2.2 is de verdeling van de respondenten per leeftijdscategorie weergegeven. Zestig procent van de respondenten viel in de leeftijdsgroep van 31 tot 45 jaar.

*Tabel 2.2 Aantallen en Percentages voor de afzonderlijke Leeftijdscategorieën (Totale Steekproef) ( $N=429$ )*

Leeftijdscategorie	Mannen	Vrouwen	Totaal
18-24 jaar	17 (10%)	32 (12%)	49 (11.4%)
25-30 jaar	28 (17%)	56 (21%)	84 (19.5%)
31-35 jaar	41 (24%)	60 (23%)	101 (23.6%)
36-40 jaar	30 (18%)	60 (23%)	90 (21%)
41-45 jaar	31 (18%)	36 (14%)	67 (15.6%)
46-50 jaar	13 (8%)	10 (4%)	23 (5.4%)
51-55 jaar	3 (2%)	4 (1.5%)	7 (1.7%)
56-60 jaar	2 (1%)	-	2 (0.4%)
61-65 jaar	3 (2%)	1 (0.5%)	4 (0.9%)
66-70 jaar	-	2 (1%)	6 (0.5%)

### 2.2.3 Burgerlijke staat en het hebben van kinderen

De deelnemers aan het onderzoek ( $N=429$ ) waren voornamelijk gehuwde mensen (81%). Wat burgerlijke staat betreft, bestonden er geen significante verschillen ( $\chi^2 = 10.240$ ,  $df = 5$ ,  $p = 0.069$ ) tussen mannen en vrouwen. Daarop volgde met een percentage van 7% de categorie 'ongetrouwden'. Mannen bleken twee keer vaker (10%) ongehuwd dan vrouwen (5%) (zie Tabel 2.3).

*Tabel 2.3 Aantallen en Percentages met betrekking tot Burgerlijke Staat ( $N=429$ )*

Burgerlijke Staat	Mannen	Vrouwen	Totaal
Ongetrouwd	17 (10%)	13 (5%)	30 (7%)
Gehuwd	133 (79%)	214 (82%)	347 (81%)
Weduwe/Weduwenaar	3 (2%)	17 (6.5%)	20 (5%)
Gescheiden	10 (6.5%)	13 (5%)	24 (6%)
Samenwonend	3 (2%)	2 (1%)	5 (1%)
Overige	2 (1%)	2 (1%)	3 (1%)

Deze gegevens komen in grote lijnen overeen met cijfers die bekend zijn uit andere studies. Martens, Belier, Roelendt, en Veenman (1994) vonden dat 70% van de volwassen Turken in Nederland in 1990 gehuwd was, 22% ongehuwd, 5% weduwe/weduwnaar en 3% gescheiden. In een ander onderzoek werd gevonden dat 61.5% van de Turken in Nederland in 2002 gehuwd was (Van Praag, 2003). Dijkstra (2004) vond in een psychiatrische polikliniek dat 75% van de Turkse respondenten gehuwd was. Ander onderzoek (Kamperman, Kamproe, & De Jong, 2003) beschrijft een Turkse onderzoekspopulatie die voor 71% uit gehuwden bestond.

Verder had 83% van de totale groep respondenten kinderen. Van de mannen had 77% kinderen, van de vrouwen 87%. Wat betreft het hebben van kinderen bleek er geen sprake te zijn van significante verschillen tussen de drie groepen, GGZ-a, GGZ-b en AP, ( $\chi^2 = 5.185$ ,  $df = 2$ ,  $p = 0.075$ ). Van de respondenten met kinderen, had 42% één zoon en 22% twee zonen. Het percentage dochters lag iets lager: 38% had één dochter en 13.5% had twee dochters. Deze cijfers komen overeen met de algemene tendens binnen de Turkse gemeenschap, namelijk dat Turkse mensen in Nederland gemiddeld steeds minder kinderen krijgen. Volgens een landelijk onderzoek was dit cijfer in 2003, 3.5 kind per Turkse vrouw tegen 6 kinderen per Marokkaanse vrouw (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2003). Het vergelijkbare cijfer was 2.11 in 2006 (Garssen & Wageveld, 2007).

## 2.3 Sociaaleconomische kenmerken

### 2.3.1 Opleidingsniveau

Van de totale steekproef had 30% alleen de basisschool afgerond; 53% had middelbaar onderwijs achter de rug, inclusief voortgezet middelbaar onderwijs. Deze groep respondenten bestond voor 40% uit mannen en voor 60% uit vrouwen. Van de 12% ( $n=53$ ) die een HBO/ WO- opleiding had genoten, ging het in 60% van de gevallen om mannen en in 40% om vrouwen. Opvallend was verder dat 2% analfabeet was, 1% kon lezen en schrijven zonder dat een diploma behaald was, en dat 12% onderwijs op HBO- of WO-niveau had gevolgd. Wat betreft opleidingsniveau was er een significant verschil tussen de drie groepen ( $\chi^2 = 21.97$ ,  $df = 2$ ,  $p < 0.001$ ). Tabel 2.4 bevat een overzicht.

Als we deze constatering vergelijken met de gegevens uit de literatuur, dan valt het op dat de respondenten in het huidige onderzoek iets beter opgeleid waren dan gemiddeld bij Turken in Nederland wordt aangetroffen. Dagevos, Gijsberts, Kappelhof, en Vervoort (2007a) vonden dat 46% van de Turken (leeftijd 15-64 jaar) alleen het basisonderwijs had afgerond en 24% het middelbaar onderwijs. Volgens dit onderzoek bedroeg het percentage Turkse mensen met HBO-niveau of WO-niveau, landelijk gezien, 6.4%. Tevens kwam naar voren dat Turkse vrouwen lager opgeleid waren dan de deelnemende Turkse mannen. Ook in ander onderzoek (Kamperman et al., 2003) werden percentages gerapporteerd die goed overeenkomen met onze constatering.

Tabel 2.4 Aantallen en Percentages betreffende het Opleidingsniveau

Opleidingsniveau	GGZ-a (n=204)	GGZ-b (n=25)	AP (n=200)	Totaal (N=429)
Analfabeet	7 (3%)	-	1 (0.5%)	8 (2%)
Zonder diploma (kan lezen en schrijven)	5 (2.5%)	-	1 (0.5%)	6 (1%)
Basisschool	66 (32%)	12 (48%)	51 (25.5%)	129 (31%)
Middelbaar niveau	114 (56%)	11 (44%)	102 (51%)	227 (53%)
Hogeschool / WO	12 (6%)	2 (8%)	39 (19.5%)	53 (12%)
Overige	-	-	6 (3%)	6 (1%)

### 2.3.2 Woonplaats in Turkije vóór de migratie

Het is opvallend dat de meeste respondenten (48%) woonachtig waren in een grote stad voordat zij naar Nederland emigreerden. Vierentwintig procent van de respondenten woonde in een dorp en 21% in een kleine stad. Zes procent van de respondenten was in Nederland geboren.

Het feit dat de meerderheid oorspronkelijk uit een stad afkomstig was, sluit niet aan bij het algemene (voor)oordeel dat Turkse migranten meestal van het platteland afkomstig zijn. Ook Kamperman et al. (2003) vonden dat hun Turkse doelgroep voor 70% uit de stad afkomstig was. Echter, afkomstig zijn uit een stad wil nog niet per se zeggen dat personen ook daadwerkelijk verstedelijkt zijn! De regio's waaruit de meeste Turken vandaan komen, ook al worden ze aangeduid als 'stad', zijn vaak nog steeds achter wat betreft de sociale en economische ontwikkeling, in vergelijking met andere gebieden in Turkije (Den Exter, 1992).

### 2.3.3 Binnenlandse migratie

Van het totale aantal respondenten had 71% geen migratie/verhuizing meegemaakt binnen Turkije en 28% wel. Eén procent van de respondenten had niet gereageerd op deze vraag. Van de mensen die geen binnenlandse migratie-ervaring hadden meegemaakt in Turkije woonde 45% in een grote stad, voordat men naar Nederland ging, woonde 25.5% in een dorp en 20% in een kleine stad. In de praktijk wordt vaak gezegd, zonder dat daar wetenschappelijk bewijs voor is, dat migranten die al ervaring hebben met binnenlandse migratie in het land van herkomst, beter integreren in het huidige gastland. Als dit waar zou zijn, zou slechts een minderheid van onze respondenten daarvan kunnen profiteren.

### 2.3.4 Verblijfsduur in Nederland

Er is veel variatie voor wat betreft de verblijfsduur in Nederland. In Tabel 2.5 komt de categorie 21-25 jaar het vaakst voor (22%).

Tabel 2.5 Aantallen en Percentages met betrekking tot de Verblijfsduur in Nederland

Aantal jaren in Nederland	Aantallen en Percentages			
	GGZ-a (n=204)	GGZ-b (n=25)	AP (n=200)	Totaal % (N=429)
1-5 jaar	21 (10)	2 (8.0)	36 (18)	59 (14)
6-10 jaar	23 (11)	2 (8.0)	17 (8.5)	42 (10)
11-15 jaar	29 (14)	6 (24)	37 (18.5)	72 (17)
16-20 jaar	42 (21)	3 (12)	36 (18)	81 (19)
21-25 jaar	50 (24.5)	9 (36)	36 (18)	95 (22)
26-30 jaar	32 (16)	2 (8)	29 (14.5)	63 (15)
31-35 jaar	7 (3)	-	8 (4)	15 (3.5)
36-40 jaar	-	1 (4)	-	-
>41 jaar	-	-	1 (0.5)	-

2

Als de verschillende groepen met elkaar worden vergeleken, dan valt op dat 18% van de respondenten in de AP-groep tussen de 1 tot 5 jaar in Nederland woonde. Dit percentage is twee keer zo hoog dan in de andere groepen werd gevonden. Respondenten die in behandeling waren, hadden vooral een verblijfsduur tussen 21-25 jaar (36%) of 11-15 jaar (24%). Statistisch gezien zijn deze verschillen niet significant ( $\chi^2 = 2.64$ ,  $df = 2$ ,  $p = 0.267$ ). Deze constatering komen redelijk overeen met bevindingen uit de literatuur. In een ander onderzoek (Martens & Verweij, 1997) met een algemene Turkse populatie woonde 15% 1 tot 5 jaar in Nederland, 16% tussen 10 tot 15 jaar, 19% tussen 20 tot 25 jaar en 4% meer dan 25 jaar in Nederland.

### 2.3.5 Redenen van migratie naar Nederland

Aan alle respondenten werd gevraagd waarom zij naar Nederland zijn gekomen. Vijf redenen werden genoemd. Wat betreft de totale steekproef bleek gezinshereniging met gemiddeld 70% de belangrijkste reden te zijn. Dit gold voor 57% van de mannen en voor 85% van de vrouwen; geen significant verschil ( $U = 20939.500$ ,  $N_1 = 168$ ,  $N_2 = 261$ ,  $p = 0.33$ ). Dit sluit aan bij gegevens uit een ander onderzoek (Centraal Bureau voor de Statistiek- Statline, 2007). De overige redenen voor migratie waren werk (9%), toerisme (2%), en studie (2%).

### 2.3.6 Niveau van beheersing van de Nederlandse taal

Wat betreft het niveau van beheersing van de Nederlandse taal, gaf bijna 37% aan dat men het Nederlands op gemiddeld niveau beheerst. Bijna 12% gaf een 'heel goed' niveau aan en 20% een 'goed' niveau. Verder rapporteerde 27% 'slecht' Nederlands te spreken. Vijf procent gaf tenslotte aan 'geen' Nederlands te spreken. Deze constatering komen grotendeels overeen



met resultaten uit ander onderzoek (Dagevos et al., 2007a), waarin werd geconstateerd dat 39% van de Turken in Nederland een 'goede' beheersing van de Nederlandse taal had, 33% een 'matige' beheersing, terwijl 28% aangaf dat er sprake was van een 'slechte' of 'geen enkele' beheersing. In een ander onderzoek is geconstateerd dat een hoog percentage, namelijk 73% van de Turken uit de eerste generatie, aangeeft wel eens problemen te hebben met de Nederlandse taal tijdens het voeren van een gesprek (Zorlu & Traag, 2005). Bij de tweede generatie is dit maar 14%.

Wat betreft het niveau van beheersing van het Nederlands in de verschillende onderzoeksgroepen is er sprake van opvallende verschillen. Wat betreft het 'gemiddelde' niveau van beheersing van het Nederlands, had de groep AP het hoogste percentage: 41.5% (zie Tabel 2.6). Verder valt op dat de groep GGZ-b vaker aangaf 'slecht' Nederlands te spreken dan de andere groepen, namelijk 40%. Deze verschillen zijn echter niet significant ( $\chi^2 = 5.64$ ,  $df = 2$ ,  $p = 0.06$ ).

Tabel 2.6 Aantallen en Percentages voor het Niveau van Beheersing van het Nederlands

Niveau taalbeheersing (Nederlands)	Aantallen en Percentages			
	GGZ-a (n=204)	GGZ-b (n=25)	AP (n=200)	Totaal (N=429)
Heel goed	24 (12%)	1 (4%)	25 (12.5%)	50 (12%)
Goed	37 (18)	5 (20)	42 (21)	84 (20)
Gemiddeld	67 (33)	8 (32)	83 (41.5)	158 (37)
Slecht	63 (31)	10 (40)	43 (21.5)	116 (27)
Geen	13 (6)	1 (4)	7 (3.5)	21 (5)

### 2.3.7 Niveau van beheersing van de Turkse taal

Van de respondenten gaf 23% aan dat men de Turkse taal op een 'heel goed' niveau beheerst. Verder gaf 52% aan het Turks op 'goed' niveau te spreken en 23% op 'gemiddeld' niveau. Twee procent rapporteerde daarentegen een 'slechte' beheersing van de Turkse taal. In de literatuur is terug te vinden dat 88% van de Turken in Nederland nooit moeite heeft met hun moedertaal, als het gaat om het verstaan en het spreken. Negenenzeventig procent heeft, naar eigen zeggen, geen moeite met lezen en 74% geen moeite met schrijven (Turkenburg & Gijsberts, 2007). Deze gegevens komen goed overeen met de bevindingen in het huidige onderzoek.

Van de respondenten die 'heel goed' Turks zeggen te spreken, had het grootste deel (31%) een verblijfsduur in Nederland van tussen de 1 tot 5 jaar. Wat betreft het opleidingsniveau van deze mensen valt op dat 50% een opleiding op middelbaar niveau heeft, 14% alleen de basisschool heeft afgerond en 31% hoger onderwijs heeft gevolgd.

Van de mensen die 'heel goed' Turks spreken, geeft slechts 11% aan dat zij ook het Nederlands op een 'heel goed' niveau beheerst. Eenenvertig procent spreekt 'gemiddeld' Nederlands, 22% spreekt het 'slecht' en 6% spreekt helemaal geen Nederlands. Het is opvallend dat bijna 70% van de hele steekproef aangaf geen probleem te hebben met de Nederlandse taal en dat rond de 95% rapporteerde ook geen problemen te hebben met de Turkse taal. Dit betekent dat ze goed in staat zijn om de beide talen te combineren.

### 2.3.8 Huidig werk

De meeste respondenten (63%) hadden tijdens de onderzoeksperiode geen werk. In deze groep waren vrouwen oververtegenwoordigd (71%). Dit percentage is hoger dan het landelijke, want dit was voor de Turkse beroepsbevolking (15-65 jaar) in 2004: 46.5%. Het officiële werkloosheidspercentage van Turkse mannen en vrouwen samen was 14.4% in 2005 en 18 % in 2006 (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2006; Dagevos, 2007a).

In de verschillende onderzoeksgroepen zijn opmerkelijke verschillen te zien in percentages niet-werkenden: bij de GGZ-a populatie had 73.5%, bij de GGZ-b 80% en bij de AP-groep 49.5% geen werk.

## 2.4 Sociaal- culturele kenmerken

### 2.4.1 Familie in Nederland

Van de totale groep respondenten had 74% familie in Nederland. Voor de overige 26% gold dit niet. Het hoge percentage familieleden in Nederland kwam bij elke afzonderlijke onderzoeksgroep voor: GGZ-a (77.5%), GGZ-b (80%) en AP (70%) en deze verschillen zijn niet significant ( $\chi^2 = 3.10$ ,  $df = 2$ ,  $p = 0.21$ ).

#### 2.4.1.1 Contacten met de familie

Van de respondenten die familie in Nederland hadden, gaf 30% aan helemaal geen contact met hen te onderhouden. Verder rapporteerde 30% wekelijks contact. Van de overige respondenten had 7.5 % iedere twee weken contact met familie, 4% één keer in de drie weken en 9% één keer in de vier weken.

Het is bekend dat Turkse mensen veel waarde hechten aan de familie en familiecontacten. Volgens Dagevos, Schellingerhout, en Vervoort (2007b) geven Turken aan dat hun familiebanden van grote betekenis zijn.

### 2.4.2 De aanwezigheid van een vertrouwenspersoon

Aan de respondenten werd ook gevraagd of zij bepaalde mensen hadden die zij als vertrouwenspersoon zagen. Van de respondenten gaf 64% procent aan inderdaad een dergelijke

vertrouwenspersoon te hebben. Van de mensen die geen vertrouwenspersonen hadden, gaf 45% aan daar ook geen behoefte aan te hebben.

Aan de mensen die aangaven daadwerkelijk een vertrouwenspersoon te hebben, werd onder andere gevraagd hoe vaak zij gemiddeld contact hadden met deze persoon; 72% gaf aan 'wekelijks' contact te hebben. Verder had 13% 'tweewekelijks' contact, 5% 'driewekelijks' contact en 10% 'vierwekelijks' contact. Op de vraag wie vertrouwenspersonen waren, antwoordde 38% 'familie', 49% 'vriend/vriendin' en 13% 'familie en vrienden'.

### 2.4.3 Contacten met Nederlanders

Aan de respondenten werd verder gevraagd of, en zo ja, hoe vaak, zij contact hadden met Nederlanders. De gradaties liepen flink uiteen: 'vrij nauwe' contacten (9%), 'redelijk veel' (22%), 'in gemiddelde mate' (50%), 'weinig' (7,5%), 'geen' contact (11%). In een ander onderzoek werd gevonden dat 29% van de Turken 'vaak' vrijetijdscontacten had met autochtone Nederlanders en 42% 'soms' dergelijke contacten had (Beekhoven & Dagevos, 2007). Uit gegevens van het CBS blijkt dat 64% van de allochtonen veel contact heeft met hun buurtbewoners, ongeacht de samenstelling van hun buurt (Centraal Bureau voor de Statistiek-Statline, 2007). Volgens een ander onderzoek naar 'ervaren acceptatie van allochtonen in Nederland' voelen Turken zich 'geaccepteerd' (Gijsberts & Vervoort, 2007).

Gijsberts (2007) constateert dat 70% van de Turken desondanks voornamelijk contacten heeft binnen de eigen Turkse groep. In Tabel 2.7 zijn voor de verschillende onderzoeksgroepen de percentages per categorie van contact met Nederlanders weergegeven.

*Tabel 2.7 Aantallen en Percentages betreffende Contact met Autochtone Nederlanders*

Contact met Autochtone Nederlanders	Aantallen en Percentages			
	GGZ-a (n=204)	GGZ-b (n=25)	AP (n=200)	Totaal (N=429)
Vrij nauw	15 (7%)	3 (12%)	21 (10.5%)	39 (9%)
Redelijk veel	41 (20)	3 (12)	49 (24.5)	93 (22)
Gemiddeld	103 (50.5)	16 (64)	97 (48.5)	216 (50)
Weinig	17 (8)	1 (4)	14 (7)	32 (7.5)
Geen	27 (13)	2 (8)	19 (9.5)	49 (11)

### 2.4.4 Ervaren discriminatie

Van de Turkse respondenten gaf 67% aan dat zij zich 'wel eens' gediscrimineerd voelden. Twaalf procent gaf aan dat dit 'vrij vaak' gebeurde; 52% dat dit 'soms' het geval was en 36% dat dit hen 'zelden' overkwam. Ten aanzien van dergelijke ervaringen zien we bijna geen verschil tussen de drie onderzoeksgroepen.

Deze gegevens komen overeen met bevindingen uit de wetenschappelijke literatuur. Volgens Dagevos (2007b) voelt 40% van de Nederlandse Turken zich persoonlijk gediscrimineerd door Nederlanders en denkt 80% dat zij als groep worden gediscrimineerd. Vijfendertig procent van de niet-werkende Turken denkt dat zij door discriminatie en vooroordelen een minder grote kans op een baan hebben dan autochtonen met dezelfde opleiding en hetzelfde niveau van ervaring (Dagevos, 2007b).

## 2.4.5 Activiteiten met het oog op spanningsreductie

Mensen kunnen op verschillende manieren omgaan met klachten en kunnen op heel diverse wijzen reageren op problemen. In de wetenschappelijke literatuur worden verschillende copingstijlen onderscheiden, zoals: probleemgerichte versus emotiegerichte, cognitiegerichte versus emotiegerichte, directe versus indirecte en actieve versus passieve coping (Mens-Verhulst & Bekker, 2005). Aan de respondenten is ook gevraagd of zij iets doen als zij zich gespannen voelen en zo ja, wat dan wel. Van de respondenten gaf 91% aan dat zij iets doen om te ontspannen, als zij zich gespannen voelen (94% van de GGZ-a, 96% van de GGZ-b populatie en 87% van de AP). Alle respondenten samen benoemden in totaal 674 activiteiten.

Uiteraard gaven sommige respondenten aan dat zij meer dan één activiteit ondernemen als zij gespannen waren en werden sommige activiteiten genoemd door meerdere mensen (zie voor een volledig overzicht: Bijlage 2.1). Wij hebben verder geprobeerd onderscheid te maken in deze activiteiten op basis van de volgende indeling: passief ontspannen, actief ontspannen, agressief ontspannen en een restcategorie.

### 2.4.5.1 Passief ontspannen

Hierbij gaat het om bepaalde activiteiten waarvoor niet zo veel moeite gedaan hoeft te worden, zoals: naar muziek luisteren, naar bed gaan, slapen, niets doen, TV-kijken, of internetten. Bij 17 % van alle genoemde activiteiten gaat het om dergelijke vormen van passief ontspannen.

### 2.4.5.2 Actief ontspannen

Anders dan bij het passieve ontspannen gaat het hier om de moeite die men doet en de actie die men onderneemt om ontspannen te geraken. Dit omvat gezonde manieren van ontspannen, zoals: wandelen, lezen en schrijven, van plaats veranderen, naar buiten gaan, kletsen, praten, tot 10 tellen, zichzelf beheersen, proberen te vergeten, positief denken, op bezoek gaan, hulp vragen, naar de dokter gaan, afleiding zoeken, wat gaan drinken, zoals: koffie, thee of water, leuke dingen gaan doen, eten, boodschappen doen, ergens heen gaan, sporten, bewegen, bidden, harder werken, douche nemen en het lichaam wassen. Bij 41% van alle genoemde activiteiten gaat het om actief ontspannen.

### 2.4.5.3 Agressief ontspannen

Hierbij gaat het om bepaalde activiteiten die worden ondernomen uit kwaadheid en machteloosheid, de wens om de eigen stem (letterlijk en figuurlijk) te laten horen. Het gaat veelal om activiteiten als huilen, roken, medicijnen gebruiken, zichzelf afzonderen, met niemand praten of in zichzelf praten, piekeren (dit wordt beschouwd als naar zichzelf gerichte agressie), alcohol drinken, dingen kapot gooien, schreeuwen, afreageren en ruzie maken. Bij 40% van alle genoemde activiteiten gaat het om dergelijke vormen van agressief ontspannen.

### 2.4.6 Religieuze kenmerken

#### 2.4.6.1 Geloof

Wat geloofsovertuiging betreft, gaf 92% van de respondenten aan gelovig te zijn. Zeven procent zei 'niet gelovig' te zijn en 1% zei hierover niets. Het hoge percentage gelovigen is ook terug te vinden bij de afzonderlijke groepen: 94% van de GGZ-a, 96% van de GGZ-b populatie en 89% van de AP. Het verschil tussen deze groepen is niet significant ( $\chi^2 = 1.841$ ,  $df = 2$ ,  $p = 0.40$ ). Naar de aard van de geloofsovertuiging is niet nader gevraagd. Men mag echter aannemen dat er in de meeste gevallen sprake zal zijn van het Islamitische geloof. Ander onderzoek (Beekhoven & Dagevos, 2007) vond dat 90% van de Turken in Nederland aangaf de Islam als religie te hebben. Twee procent noemde het christendom, 7% rapporteerde geen geloofsovertuiging en in 1% van de gevallen werd één van de overige religies vermeld. Ook andere studies bevestigen dit beeld (Van den Brink, 2006): 98% van de Turken in Nederland beschouwt zichzelf als moslim en geeft aan verschillende stromingen van de islam aan te hangen (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2007; Butter, 2007). Schellingerhout (2004) vond dat 98% van de Turkse mensen ouder dan 55 jaar zichzelf als religieus beschouwde en dat 71% van Turken in Nederland lid is van een godsdienstige organisatie (in vergelijking met 4% bij de autochtonen).

In Tabel 2.8 is nader onderscheid gemaakt tussen gelovigen en niet-gelovigen, afgezet tegen een aantal demografische variabelen. Het valt op dat mannen procentueel veel sterker vertegenwoordigd zijn onder de niet-gelovigen dan onder de gelovigen en dit verschil is significant ( $U = 19949.500$ ,  $N_1 = 168$ ,  $N_2 = 261$ ,  $p = 0.004$ ). Het omgekeerde geldt voor vrouwen. Op basis van burgerlijke staat lijken er geen grote verschillen te bestaan ( $\chi^2 = 8.402$ ,  $df = 5$ ,  $p = 0.135$ ) hoewel, procentueel gezien, het aantal gehuwden groter was onder gelovigen. Ook was het aantal niet-gehuwden of gescheiden mensen groter onder niet-gelovigen. Tenslotte bleek dat gelovigen significant vaker kinderen hadden dan niet-gelovigen ( $U = 11041.000$ ,  $N_1 = 73$ ,  $N_2 = 353$ ,  $p < 0.001$ ).

Wat betreft de *reden van de migratie* naar Nederland is er sprake van significante verschillen ( $\chi^2 = 18.446$ ,  $df = 5$ ,  $p = 0.002$ ). Gelovigen lijken voornamelijk voor gezinshereniging

naar Nederland gekomen te zijn; niet-gelovigen hebben meer uiteenlopende redenen. Dit kan natuurlijk samenhangen met het feit dat er meer gelovigen getrouwd zijn, waardoor zij belang zullen hebben bij gezinshereniging.

Ten aanzien van de *verblijfsduur* in Nederland bestaan er op het eerste gezicht geen grote verschillen tussen gelovigen en niet-gelovigen, hoewel niet-gelovigen procentueel oververtegenwoordigd zijn in de categorie 1-5 jaar en gelovigen in de categorie 6-10 jaar.

Met betrekking tot *opleidingsniveau* bleek dat gelovigen procentueel gezien vaker alleen de basisschool of een middelbare school hadden afgerond, terwijl niet-gelovigen sterker vertegenwoordigd waren in de groep van de hoger opgeleiden (HBO- niveau of WO-niveau); dit verschil is significant ( $\chi^2 = 13.025$ ,  $df = 6$ ,  $p = 0.043$ ).

Tabel 2.8 Kenmerken (Sekse, Burgerlijk Staat, Kinderen, Reden voor Migratie naar Nederland, Verblijfsduur in Nederland, Opleidingsniveau) van Gelovige en Niet- gelovige Respondenten (n= 421)

Kenmerken	Percentages	
	Gelovigen (n=391)	Niet- gelovigen (n=30)
<i>Geslacht</i>		
Man	37	66
Vrouw	63	34
<i>Burgerlijke staat</i>		
Ongehuwd	6	16
Gehuwd	82	66
Weduwe/weduwenaar	5	6
Gescheiden	5	12.5
Samenwonend	1	-
Overige	-	-
<i>Kinderen</i>	85	56
<i>Reden voor migratie naar NL</i>		
Werk	10	3
Toerisme	2	3
Gezinshereniging	76	50
Studie	2	3
Anders	10	37
<i>Verblijfsduur</i>		
1-5 jaar	12.5	28
6-10 jaar	10	3
11-15 jaar	17	12.5
16-20 jaar	19	19

Tabel 2.8 Kenmerken (Sekse, Burgerlijk Staat, Kinderen, Reden voor Migratie naar Nederland, Verblijfsduur in Nederland, Opleidingsniveau) van Gelovige en Niet- gelovige Respondenten (n= 421) (vervolg)

Kenmerken	Percentages	
	Gelovigen (n=391)	Niet- gelovigen (n=30)
16-30 jaar	14	19
31-35 jaar	4	-
<i>Opleidingsniveau</i>		
Analfabeet	2	-
Zonder diploma	1.5	-
Basisschool	31	19
Middelbaar niveau	54	47
HBO/ WO	10	34

### 2.4.6.2 Gevoel van onderdrukking vanwege het geloof

Aan de respondenten werd ook gevraagd of zij zich in Nederland onderdrukt voelden vanwege hun geloof. De meeste respondenten (43%) gaven aan dat dit 'helemaal niet' het geval was. Verder gaf 27% aan dat zij zich 'wel een beetje' onderdrukt voelden, 15% dat zij zich 'middelmatic onderdrukt' voelden, en 9% dat zij zich 'vrij vaak' onderdrukt voelden. Bijna 4% koos voor het alternatief 'extreem vaak'.

### 2.4.6.3 De mate van praktiseren van het geloof

Van de respondenten gaf 20% te kennen dat zij hun geloof 'altijd' praktiseren. Het percentage respondenten die 'vaak' het geloof praktiseren, bedraagt 16%. Dit percentage was 37% voor degenen die voor het antwoordalternatief 'soms' kozen. Het percentage dat 'zelden' rapporteerde, bedroeg 17%. Negen procent praktiseert 'nooit' (zie Tabel 2.9). Deze gegevens sluiten aan bij de resultaten van ander onderzoek (Beekhoven & Dagevos, 2007), waarin gevonden werd dat 22% van de Turkse mannelijke en 36% van de Turkse vrouwelijke respondenten altijd praktiserend gelovig zijn (d.i. vijf keer per dag bidden).

Als er een indeling wordt gemaakt op basis van de drie onderzoeksgroepen, zijn er wel significante verschillen ( $\chi^2 = 31.553$ ,  $df = 2$ ,  $p = 0.001$ ) in de zin dat mensen uit de AP-groep in grotere mate hun geloof praktiseren (26.5% "altijd" en 18% "vaak") dan respondenten in de GGZ-a of de GGZ-b groep (zie ook Tabel 2.9). De GGZ-populatie is procentueel sterker vertegenwoordigd in de categorieën "soms", "zelden" en "nooit".

Alhoewel er statistisch gezien geen significante verschillen bestaan tussen mannen en vrouwen ( $U = 20149.500$ ,  $N_1 = 168$ ,  $N_2 = 261$ ,  $p = 0.43$ ) wat betreft *wel of niet* praktiseren, valt het op dat mannen in 63% van de gevallen aangaven 'nooit' hun geloof te praktiseren.

Bij vrouwen was dit 37%. Het lijkt dus zo te zijn dat vrouwen in grotere mate hun geloof praktiseren dan mannen. Dat zou van belang kunnen zijn in de opvoeding van kinderen en het overdragen van het geloof.

Tabel 2.9 *Mate van Praktiseren van het Geloof van de Afzonderlijke Onderzoeksgroepen in Aantallen en Percentages*

Mate van praktiseren	Aantallen en Percentages			
	GGZ-a (n=204)	GGZ-b (n=25)	AP (n=200)	Totaal (N=429)
Altijd	28 (14%)	3 (12%)	53 (26.5%)	84 (20%)
Vaak	27 (13)	5 (20)	36 (18)	68 (16)
Soms	86 (42)	11 (44)	60 (30)	157 (37)
Zelden	41 (20)	4 (16)	28 (14)	73 (17)
Nooit	15 (7)	1 (4)	3 (1.5)	19 (4)
Ontbrekende gegevens	7 (3)	1 (4)	20 (10)	28 (6)

#### 2.4.6.4 Het bidden

Een ander aspect van het geloof is bidden. Hier gaat het erom of respondenten tijdens het rituele bidden volgens de eigen geloofsovertuiging of tijdens een apart persoonlijk gebedsmoment wensen uiten. Er is aan de respondenten gevraagd of zij bidden en zo ja, wat de inhoud van het gebed is.

In lijn met wat verwacht kan worden op basis van de procentuele verdeling van gelovigen en niet-gelovigen gaf 90% van de respondenten aan wel en 8% niet te bidden. De overige respondenten (2%) gaven geen antwoord. Mensen die aangeven te bidden, waren in alle drie de onderzoeksgroepen ongeveer even sterk vertegenwoordigd: GGZ-a populatie (91%), GGZ-b populatie (84%) en AP (91%).

Als er een verdeling wordt gemaakt op basis van geslacht, burgerlijke staat en het wel of niet hebben van kinderen, wordt zeer veel overeenkomst gevonden in de afzonderlijke subgroepen ten aanzien van het wel of niet gelovig zijn en het wel of niet praktiseren van het geloof.

Op de vraag naar de inhoud van het gebed gaf 56% van de respondenten aan te bidden voor immateriële zaken, zoals: gezondheid, een goed leven, het welzijn van de ouders, (klein)kinderen, een goede toekomst of het hiernamaals. Vierenveertig procent zei te bidden voor zowel immateriële als materiële zaken. Slechts 0.25% gaf aan alleen om materiële zaken, zoals geld of onroerend goed, te bidden.



### 2.4.6.5 Geloof in traditionele geneeswijzen

Het geloof in en het beroep doen op traditionele geneeswijzen is een bekend fenomeen onder allochtonen (Hoffer, 1991, 1994; Thomaes, Kaasenbrood, & Krumeich, 1997). Dit heeft voornamelijk te maken met de Islamitische cultuur. Op de vraag of de respondenten geloven in traditionele geneeswijzen gaf 72% aan daar niet in te geloven en 28% gaf aan daar wel in te geloven. Respondenten die in traditionele geneeswijzen geloven, zijn het meest vertegenwoordigd in de AP-groep (31%) en het minste onder de respondenten van de GGZ-b populatie (16%), maar dit verschil is statistisch gezien niet significant ( $\chi^2 = 2.910$ ,  $df = 2$ ,  $p = 0.23$ ). Op basis van demografische variabelen werden geen noemenswaardige verschillen gevonden in dit geloof tussen mannen en vrouwen ( $U = 21067.500$ ,  $N_1 = 168$ ,  $N_2 = 261$ ,  $p = 0.38$ ) en mensen met verschillend opleidingsniveau ( $\chi^2 = 9.051$ ,  $df = 6$ ,  $p = 0.17$ ).

Onder de traditionele geneeswijzen vallen verschillende benaderingswijzen (Hoffer, 1991, 1994, 1996). Bij de respondenten van dit onderzoek gaat het met name om Islamitische geneeswijzen die veel gebruikt worden door Turken en Marokkanen in Nederland (Endt-Meijling, 2000; Van Es, 1995; Hoffer, 2005, 2007; Sterman, 1996). Met name het geloof in magische krachten, bijvoorbeeld het boze oog, is onder Turken sterk aanwezig (İşte biz Türkler, Akşam, 2006).

In onze steekproef gaf 29% van de respondenten die in traditionele geneeswijzen gelooft, aan te geloven in de genezende werking van een amulet, namelijk een Koran-tekst welke driehoekig wordt ingepakt en waar men beschermende effecten aan toekent. Negtien procent rapporteerde te geloven in een traditionele genezer, de zogenoemde *haci-hodja*, die de gehele Koran uit zijn hoofd kent, als pelgrim in Mekka is geweest en in hoog aanzien staat binnen de gemeenschap. Een compleet overzicht van het geloof in traditionele geneeswijzen is te vinden in Bijlage 2.2.

In overeenstemming met het percentage respondenten dat in traditionele geneeswijzen gelooft, is het percentage dat daadwerkelijk ervaring heeft met dergelijke geneeswijzen: 22%. Achtenzeventig procent rapporteerde geen ervaring te hebben. Uit het onderzoek van Knipscheer en Kleber (2005) is bekend dat ongeveer 10% van de migranten aangeeft voor hun problemen een traditionele genezer te consulteren.

In de twee groepen die wel of geen ervaring hadden met traditionele geneeswijzen, bleken geen verschillen te bestaan tussen mannen en vrouwen ( $U = 20892.000$ ,  $N_1 = 168$ ,  $N_2 = 261$ ,  $p = 0.25$ ). Een uitzondering is het opleidingsniveau. In de groep die wel ervaring heeft met traditionele geneeswijzen, had 41.5% het basisonderwijs afgerond en 46% het middelbaar onderwijs, terwijl slechts 7% HBO/WO-niveau had. Bij de groep die geen ervaring met deze geneeswijzen heeft, zijn deze percentages: 27% (basisonderwijs), 55% (middelbaar niveau) en 14% (HBO/WO). Op het eerste gezicht lijken mensen met een hoger opleidingsniveau minder ervaring te hebben met traditionele geneeswijzen, maar deze verschillen zijn niet significant ( $\chi^2 = 9.955$ ,  $df = 6$ ,  $p = 0.13$ ). Ook is er geen significant verschil tussen onze drie groepen wat betreft het hebben van ervaring met traditionele geneeswijzen ( $\chi^2 = 5.806$ ,  $df = 2$ ,  $p = 0.055$ ).

## 2.4.7 Wensen ten aanzien van de plaats om de toekomst/oude dag door te brengen

Aan de respondenten is ook gevraagd om hun wensen kenbaar te maken met betrekking tot de plaats(en) waar zij hun toekomst en oude dag door zouden willen brengen (zie Tabel 2.10).

Dit is een dilemma voor de meeste allochtonen in Nederland (Hoffer, 2005). Van de respondenten in dit onderzoek gaf 70% aan zijn of haar toekomst/oude dag door te willen brengen in Turkije en 22% gaf aan dat in Nederland te willen doen. Verder rapporteerde 5% dat men zowel Turkije als Nederland als mogelijk land ziet. Drie procent gaf te kennen net zo goed elders in de wereld de toekomst door te willen brengen. Maar statistisch gezien, is er sprake van een significant verschil tussen de drie onderzoeksgroepen als het gaat om de plaats waar respondenten hun toekomst en oude dag door zouden willen brengen ( $\chi^2 = 6.277$ ,  $df = 2$ ,  $p = 0.04$ ). Deze constatering is anders dan de resultaten van ander onderzoek. Engelhard (2006) vond bij 20% van de oudere migranten in Nederland een behoefte om terug te keren naar huis/ naar het thuisland en volgens Schellingerhout (2004) wilde maar 11% van de Turkse mannelijke en maar 1% van de Turkse vrouwelijke respondenten voorgoed terug naar Turkije. Volgens onderzoek onder de Turkse gemeenschap in Duitsland gaf 78% aan dat men terug naar Turkije wil gaan en 22% dat niet te willen doen (Nuruan et al., 2005). Het is in zijn totaliteit opmerkelijk dat een vrij groot percentage toch aangeeft terug te willen, want volgens Martens en Verweij (1997) gaf 49% van hun Turkse doelgroep in 1994 aan dat zij niet terug wilde keren naar Turkije en dat 21% op dat moment nog niet wist of zij dat wilden.

*Tabel 2.10 Percentages en Aantallen voor de Drie Onderzoeksgroepen betreffende de Keuzen Waar Men Zijn/Haar Oude Dag/Toekomst Liever door wil Brengen*

Plaats	Aantallen en Percentages			
	GGZ-a (n=204)	GGZ-b (n=25)	AP (n=200)	Totaal (N=429)
Turkije	131 (64%)	16 (64%)	152 (76%)	299 (70%)
Nederland	53 (26)	9 (36)	32 (16)	94 (22)
Turkije of Nederland	11 (5)	-	7 (4)	18 (5)
Anders	9 (4)	-	9 (4)	18 (3)

### 2.4.7.1 Het land waar men de laatste levensdagen zou willen doorbrengen

De respondenten werd tevens gevraagd kenbaar te maken in welk land zij hun laatste levensdagen zouden willen doorbrengen (waar ze zouden willen overlijden). Op deze vraag antwoordde 73% 'Turkije'; 10.5% 'Nederland'; 5% 'Turkije of Nederland' en 10.5% 'anders'. Tussen de afzonderlijke onderzoeksgroepen lijken geen significante verschillen te bestaan

( $\chi^2 = 4.504$ ,  $df = 2$ ,  $p = 0.105$ ).

Mannen en vrouwen gaven ongeveer even vaak aan hun laatste dagen in Turkije te willen doorbrengen (resp. 46% en 54%). Bij de respondenten die aangegeven hebben dat zij hun laatste dagen liever in Nederland zouden doorbrengen, ligt deze verhouding helemaal anders: slechts 11% van de mannen wil in Nederland de laatste dagen doorbrengen. Dit is bij de vrouwen bijna 90%. Er is sprake van een significant verschil tussen mannen en vrouwen, als het erom gaat waar men de laatste levensdagen door wil brengen ( $U = 17860.000$ ,  $N_1 = 168$ ,  $N_2 = 261$ ,  $p < 0.001$ ).

## 2.4.8 Gedachten en gevoelens ten aanzien van Turkije

### 2.4.8.1 De frequentie van het bezoek aan het land van herkomst (Turkije)

Het is bekend dat de meeste Turken vrij nauwe contacten hebben met het land van herkomst. Aan de respondenten werd gevraagd hoe vaak zij naar Turkije gaan. Op deze vraag zei 28% 'jaarlijks'; 46% 'één keer per twee jaar' en 25% gaf aan met een andere frequentie naar Turkije te gaan. Wat betreft de frequentie van het bezoek aan Turkije is sprake van significante verschillen tussen de drie onderzoeksgroepen ( $\chi^2 = 12.288$ ,  $df = 2$ ,  $p = 0.002$ ). De frequenties staan vermeld in Tabel 2.11.

Tabel 2.11 Percentages van de Frequentie van Reizen naar Turkije voor de Drie Onderzoeksgroepen

Frequentie	Aantallen en Percentages			
	GGZ-a ( $n=204$ )	GGZ-b ( $n=25$ )	AP ( $n=200$ )	Totaal ( $N=429$ )
Jaarlijks	51 (25%)	3 (12%)	67 (33.5%)	121 (28%)
Om het jaar	90 (44)	12 (48)	97 (48.5)	199 (46)
Anders	63 (31)	9 (36)	36 (18)	108 (25)

### 2.4.8.2 Hoe voelt men zich in Turkije in vergelijking met vroeger?

Aansluitend op de vraag betreffende de frequentie waarmee respondenten Turkije bezoeken, werd gevraagd hoe men zich in vergelijking tot vroeger voelt, als men in Turkije is. Zoals in Tabel 2.12 te zien is, voelen de meeste respondenten zich aangenaam in Turkije, namelijk 'erg op hun gemak' (29%) of 'heel erg op hun gemak' (16%). Verder voelt 34.5% zich 'gemiddeld' op het gemak in vergelijking tot vroeger en meldde 19% dat zij zich 'niet' tot 'helemaal niet op hun gemak' voelen tijdens de vakanties in Turkije.

Tabel 2.12 Mate van Zich op Zijn/Haar Gemak Voelen in Turkije in Vergelijking tot Vroeger

Mate van zich op zijn/haar gemak voelen in Turkije	Aantallen en Percentages			
	GGZ-a (n=204)	GGZ-b (n=25)	AP (n=200)	Totaal (N=429)
Heel erg	29 (14%)	3 (12%)	36 (18%)	68 (16%)
Erg	48 (23.5)	5 (20)	70 (35)	123 (29)
Gemiddeld	69 (34)	9 (36)	70 (35)	148 (34.5)
Niet	31 (15)	5 (20)	16 (8)	52 (12)
Helemaal niet	21 (10)	2 (8)	6 (3)	29 (7)

2

Als er gekeken wordt naar eventuele sekseverschillen, dan wordt zichtbaar dat 79% van de vrouwen zich 'gemiddeld', 'niet' of 'helemaal niet' op haar gemak voelen tijdens een bezoek aan Turkije. Mannen gaven aan zich prettiger te voelen en dit verschil tussen mannen en vrouwen is significant ( $U = 17160.500$ ,  $N_1 = 168$ ,  $N_2 = 261$ ,  $p = 0.001$ ).

Dit zou verklaard kunnen worden uit het feit dat vrouwen, ondanks hun vakanties, veel taken moeten verrichten en aan veel verwachtingen ten aanzien van hun (schoon)familie moeten voldoen, zodat zij niet aan zich ontspannen toekomen en zelfs voor hun eigen familie weinig kunnen betekenen. Dit zou ook de reden kunnen zijn van de eerdere constatering dat de meeste vrouwen hun toekomst niet in Turkije willen doorbrengen.

#### 2.4.8.2.1 Waarom voelt men zich wel of niet op zijn/haar gemak in Turkije?

Hieronder worden de argumenten genoemd die de respondenten hebben gegeven als de (positieve en negatieve) hoofdredenen waarom zij zich wel of niet op hun gemak voelen, als zij met vakantie in Turkije zijn (Zie ook Schellingerhout, 2004). Ruim de helft van de respondenten (57%) gaf aan hier geen duidelijke reden voor te kunnen noemen. Verder valt op dat de vrouwen meer negatieve redenen noemen, zoals invloed van vroeger, problemen in Turkije, vervreemding, discriminatie, relatieproblemen met de familie, dan mannen (10% tegenover 3%). In Tabel 2.13 wordt voor de gehele onderzoeksgroep en voor mannen en vrouwen apart een overzicht van de genoemde redenen gegeven.

Tabel 2.13 Argumenten om Zich Wel/Niet op Zijn/Haar Gemak te Voelen tijdens Vakantie in Turkije

Argumenten	Percentages		
	Man	Vrouw	Totaal
Geen reden	24	34	57
<i>Wel op zijn/haar gemak voelen</i>			
Beter leven, vrij, meer keuzes, warm land	4	4	8
Familie woont daar, familiebezoek	3	2	5
Geboorteland, heimwee	2	2	4
Beter voelen, beter worden, vakantiegevoel	1	2	3
Beter leven en geen taal- en cultuurprobleem	-	1	1
<i>Niet op zijn/haar gemak voelen</i>			
Invloed van vroeger, problemen in Turkije, vervreemding, discriminatie, relatieproblemen met familie	2	10	12
Meer klachten daar, gezondheidsproblemen	1	2	3
Al lange tijd in Nederland wonen, angst om Nederlands te vergeten	1	3	3
Privé- redenen	2	-	2
Daar geen familie meer	-	1	1
Economische redenen en problemen	1	-	1

## 2.4.9 Gedachten en gevoelens ten aanzien van Nederland

### 2.4.9.1 Tevredenheid met het leven in Nederland

Ook met betrekking tot de mate van tevredenheid met het leven in Nederland gaven respondenten zowel positieve, als negatieve antwoorden. Zes procent van de respondenten gaf aan 'zeer tevreden' te zijn met het leven in Nederland; 27% 'tevreden' en 32% 'gemiddeld tevreden'. Zes procent was 'een klein beetje tevreden' en 30% stelde 'niet tevreden' te zijn.

In Tabel 2.14 staat voor de drie onderzoeksgroepen het percentage per antwoordcategorie apart vermeld. Het blijkt dat de groep GGZ-a, gemiddeld genomen, lager scoort (24%) op de categorie 'tevreden tot zeer tevreden' dan de twee overige groepen (respectievelijk 41.5% en 40%). Dit beeld is terug te zien in de categorie 'een klein beetje tot niet tevreden'. Daar scoorden de aangemelde cliënten hoger (43%) dan de andere twee groepen (zie Tabel 2.14) en deze verschillen zijn significant ( $\chi^2 = 15.472$ ,  $df = 2$ ,  $p < 0.001$ ).

Deze constatering komt grotendeels overeen met eerdere bevindingen die in de literatuur gerapporteerd zijn. Volgens recent onderzoek voelt 65% van de Turkse mensen zich thuis in Nederland (Gijsberts & Vervoort, 2007). Dit percentage daalt als het opleidingsniveau daalt en de leeftijd toeneemt. Ook Schellingerhout (2004) bevestigt dit beeld: 68% van de Turkse mannen en 70% van de Turkse vrouwen voelen zich thuis in Nederland.

Tabel 2.14 Tevredenheid met het Leven in Nederland

Tevredenheid	Aantallen en Percentages			
	GGZ-a (n=204)	GGZ-b (n=25)	AP (n=200)	Totaal % (N=429)
Zeer tevreden	14 (7%)	3 (12%)	9 (4.5%)	26 (6%)
Tevreden	34 (17)	7 (28)	74 (37)	115 (27)
Gemiddeld	68 (33)	8 (32)	61 (30.5)	137 (32)
Een klein beetje tevreden	11 (5)	1 (4)	12 (6)	24 (6)
Niet tevreden	77 (38)	6 (24)	44 (22)	127 (30)

2

In Tabel 2.15 wordt weergegeven of er verschil gemaakt kan worden in de mate van tevredenheid op basis van geslacht, burgerlijke staat en het hebben van kinderen.

Wat betreft de mate van tevredenheid scoorden Turkse vrouwen in alle gradaties op één na, hoger: 77% 'zeer tevreden', 64% 'tevreden', 63.5% 'gemiddeld' en 75% 'klein beetje tevreden'. Op de antwoordcategorie 'niet tevreden' scoorden Turkse vrouwen twee procent lager dan Turkse mannen. Alles bij elkaar betekent dit dat Turkse vrouwen meer tevreden zijn met hun leven in Nederland dan de Turkse mannen.

Wat betreft tevredenheid in relatie tot burgerlijke staat valt op dat de 'gehuwden' in alle gradaties hoog scoren. Daarna komen respectievelijk 'ongehuwden' en 'weduwen/weduwenaren' (zie Tabel 2.15). Deze verschillen zijn significant ( $\chi^2 = 14.202$ ,  $df = 5$ ,  $p = 0.014$ ).

Als het om de tevredenheid in Nederland gaat, afgezet tegen het hebben van één of meerdere kinderen, zien we dat 69% van de zeer tevredenen één of meerdere kinderen heeft. Dit is een opvallend laag percentage in vergelijking tot de andere gradaties. Dit beeld zien we ook terug bij de categorie 'klein beetje tot niet tevreden'. Daar scoorden de respondenten met kinderen opvallend hoger dan op de andere categorieën. Echter, statistisch gezien, is dit verschil niet significant ( $U = 11878.000$ ,  $N_1 = 73$ ,  $N_2 = 356$ ,  $p = 0.23$ ).

## 2.4.9.2 Redenen voor ontevredenheid met het leven in Nederland

Dertig procent van de respondenten gaven aan dat ze niet tevreden zijn met het leven in Nederland. Zoals in Tabel 2.16 te zien is, noemde 30% van de respondenten als reden voor hun ontevredenheid: het ontbreken van een sociale omgeving, het hebben van een saai leven, isolement en relatieproblemen; 19% noemde aanpassingsproblemen, het vreemdeling zijn en het hebben van taal- en culturele problemen en 15% werkloosheid, bureaucratie en dergelijke. Hierna volgen andere argumenten. Dit beeld wordt ook teruggevonden in de literatuur (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2004).

Tabel 2.15 *Tevredenheid met het Leven in Nederland in Relatie tot Biografische Kenmerken*

Kenmerken	Percentage Tevredenheid met het leven in Nederland				
	Ze er te vre den	Ta me lijk te vre den	Ge mid deld te vre den	Klein beet je te vre den	Niet te vre den
<i>Totaal (%)</i>	6	27	32	6	30
<i>Geslacht</i>					
Man	23	36	36.5	25	51
Vrouw	77	64	63.5	75	49
<i>Burgerlijke staat</i>					
Ongehuwd	8	9	3	4	10
Gehuwd	77	80	86	96	74
Weduwe/weduwenaar	8	8	2	-	5
Gescheiden	-	2	7	-	10
Samenwonend	-	2	1.5	-	1
Overige	8	-	1	-	-
<i>Kinderen: ja</i>	69	81	86	92	83

Tabel 2.16 *Argumenten van de Niet- Tevreden Respondenten met het Leven in Nederland (n=128)*

Redenen	Percentage
Geen sociale omgeving, saai leven, isolement en relatieproblemen	30
Aanpassingsproblemen, het vreemdeling zijn, taal- en culturele problemen	19
Werkloosheid, bureaucratie, papierwerk e.d.	15
Minder materiële, economische en financiële mogelijkheden	8
Heimwee, het is in Turkije nog beter, omdat de kinderen in Turkije wonen	8
Jaloezie, wantrouwen, teleurstelling in Nederland, bemoeienis van anderen	7
Ziekte, gezondheidsproblemen en frustraties	7
Racisme, discriminatie, assimilatie	6

### 2.4.9.3 Positieve kanten van het leven in Nederland

Aan de totale steekproef werd gevraagd welke aspecten van het leven in Nederland zij als positief ervaren. Op deze vraag gaf 13.5% aan 'geen' goede/positieve kanten van het leven in Nederland te zien. Dit percentage is 15% bij de GGZ-a populatie, 11% bij de AP-groep en 20% bij de GGZ-b groep (geen significant verschil:  $\chi^2 = 4.163$ ,  $df = 2$ ,  $p = 0.125$ ).

De meerderheid (86.5%) van de totale steekproef gaf aan wel positieve kanten van het leven in Nederland te ervaren. Ook hier was geen significant verschil tussen de drie onderzoeks-

groepen ( $\chi^2 = 1.397$ ,  $df = 2$ ,  $p = 0.50$ ). Economische redenen, betere leven, werkgelegenheid (37%) en sociale voorzieningen en het sociale zekerheidsstelsel (24%) werden als voornaamste redenen genoemd (zie Tabel 2.17).

Tabel 2.17 Argumenten voor de Goede/ Positieve Kanten van het Leven in Nederland ( $n=370$ )

Argumenten	Percentage
Economische redenen, luxe, schoon, georganiseerd leven, technologische mogelijkheden, werkgelegenheid	37
Sociale voorzieningen, sociale zekerheid en sociale rechten	24
Democratie, vrijheid, mensen- en dierenrechten, veiligheid	15
Betere zorg en welzijnsmogelijkheden	10
Persoonlijke motieven; gewenning, familie hier, hier geboren en drugsmogelijkheden	4
Opleidings- en studiemogelijkheden	5
Overige: vele culturen naast elkaar, andere taal en cultuur, toekomstperspectief en -garantie, ook voor de kinderen	5

#### 2.4.9.4 Negatieve kanten van het leven in Nederland

Eveneens is gevraagd welke kanten van het leven in Nederland als negatief werden beschouwd. Op deze vraag gaf 13% aan 'geen' negatieve/slechte kanten van het leven in Nederland te ervaren. De overige respondenten gaven uiteenlopende redenen aan (of combinaties daarvan) voor hun onvrede. Een slecht sociaal leven, isolatie en eenzaamheid (18%) en heimwee (15%) werden als belangrijkste redenen genoemd. Evenveel (15%) scoorden de categorie Taal, communicatie en culturele problemen en Slechte woonomstandigheden en dergelijke. Een compleet overzicht wordt gegeven in Tabel 2.18.

Het is opvallend dat een groot deel van de Turken niet echt tevreden is met het leven in Nederland en terug wenst te keren naar Turkije (Odé, 2006), ondanks het feit dat teruggaan naar Turkije meestal niet lukt. Landelijk vormen Turken nog steeds de meerderheid wat betreft remigreren. In de eerste helft van 2007 remigreerden 2680 mensen naar het land van herkomst, waarvan 738 Turkse mensen (36.3%) (Nederlands Migratie Instituut, 2007). Dit staat in duidelijk contrast met de genoemde cijfers van mensen die terug willen en/of erg ontevreden zijn in Nederland.

#### 2.4.9.5 De verwachtingen ten aanzien van het leven in Nederland

Aan de respondenten werd verder gevraagd welke verwachtingen ze hebben van het leven in Nederland. De geformuleerde verwachtingen zijn ingedeeld in acht categorieën en worden voor de totale steekproef en voor de drie afzonderlijke onderzoeksgroepen weergegeven in Tabel 2.19.



Tabel 2.18 Argumenten voor de Slechte/ Negatieve Kanten van het Leven in Nederland (n=374)

Argumenten	Percentage
Slecht sociaal leven, isolatie, eenzaamheid, zwakke relaties	18
Heimwee	15
Taal-, communicatie - en culturele problemen (zoals: egoïsme, individualisme, te veel vrijheid)	15
Slechte woonomstandigheden, slecht en koud klimaat, weinig mogelijkheden, gebrek aan ontspanning en recreatie	15
Verschillende immateriële problemen, problemen met betrekking tot kinderen, onzekere toekomst en bureaucratie	14
Discriminatie, racisme en andere ongewenste omgangsvormen	10
Vreemdeling zijn, minderheid, afhankelijkheid, moslim zijn, identiteitsproblemen, achterstand, open gevangenis, passiviteit en jaloezie	9
Economische problemen, problemen met werk, werkloosheid, zware en slechte werkomstandigheden	4

Voor alle onderzoeksgroepen valt op dat de respondenten vooral verwachtingen hebben met betrekking tot materiële zaken, zoals betere woon- en werkomstandigheden, luxe leven, het hebben van genoeg geld, het hebben van een baan en een huis, kunnen studeren, geen schulden en dergelijke. Daarna volgen verwachtingen met betrekking tot zichzelf (betere gezondheid, carrière maken en dergelijke), verwachtingen voor het gezin en de familie (een betere gezondheid voor de gezinsleden, studie voor de kinderen, een betere toekomst voor de kinderen). In Bijlage 2.3 is een overzicht te vinden van alle verwachtingen die de respondenten verwoordden.

Tabel 2.19 Verwachtingen ten aanzien van het Leven in Nederland

Categorieën Verwachtingen met betrekking tot leven in Nederland	Percentage			
	GGZ-a (n=204)	GGZ-b (n=25)	AP (n=200)	Totaal (N=429)
Materiële zaken en beter leven	40	46	47	44
Eigen zelf	18	23	8	16
Gezin en familie	23	8	11	14
Nederland en Nederlanders	8	4	12	8
Toekomst	3	4	12	6
Algemene zaken/rest	5	8	5	6
Land van herkomst	2.5	4	3	3
Eigen cultuur	0.5	4	3	2.5

### 2.4.9.6 De grote zorg van de respondenten in Nederland

De respondenten hebben ook hun huidige zorgen kenbaar gemaakt voor wat betreft het leven in Nederland. De zorgen die geformuleerd zijn, werden ingedeeld in acht categorieën en worden voor de totale steekproef en voor de drie afzonderlijke onderzoeksgroepen, weer-gegeven in Tabel 2.20.

*Tabel 2.20 Categorieën van Grote Zorg Nu in Nederland*

Categorieën Zorgen	Percentage			
	GGZ-a (n=204)	GGZ-b (n=25)	AP (n=200)	Totaal (N=429)
Toekomst	23	25	21	23
Materiële zaken en betere leven	19	17	18.5	18
Eigen zelf	23	25	6	18
Algemene zaken/rest	11	17	12	13
Gezin en familie	13	0	9	7
Nederland en Nederlanders	7	0	12	6
Eigen cultuur	1	8	10	6
Land van herkomst	2	8	5	5

Het voornaamste onderwerp waar respondenten uit alle groepen zich zorgen over maken, heeft betrekking op de toekomst (zowel die van zichzelf als van familieleden). Dit komt overeen met gegevens uit de literatuur: 64% van de Turkse mannen en 55% van de Turkse vrouwen in Nederland maken zich zorgen over de toekomst van hun kinderen in Nederland. (Schellingerhout, 2004). Ook maken mensen in alle groepen zich in dezelfde mate zorgen met betrekking tot materiële zaken (zoals een beter leven, het financieel goed hebben, betere woon- en werkomstandigheden en dergelijke). Verder valt op dat de GGZ-a en de GGZ-b groepen zich meer zorgen maken over zichzelf (gezondheid, eenzaamheid, zelfconcept) dan de groep AP. In Bijlage 2.4 is een overzicht te vinden van alle zorgen die de respondenten onder woorden brachten.

### 2.4.9.7 Angsten van de respondenten in Nederland

Aan de respondenten werd ook gevraagd of zij nu bepaalde angsten hebben in Nederland. Ook hier werden de geformuleerde angsten ingedeeld in acht categorieën. Voor de totale steekproef en voor de drie afzonderlijke onderzoeksgroepen zijn de resultaten weergegeven in Tabel 2.21.

Tabel 2.21 *Categorieën van Angsten in Nederland*

Categorieën van angsten	Percentage			
	GGZ-a (n=204)	GGZ-b (n=25)	AP (n=200)	Totaal (N=429)
Toekomst	31	37.5	20	29.5
Nederland en Nederlanders	15	21	23	20
Gezin en familie	17	17	19	18
Eigen zelf	17	12.5	6	12
Materiële zaken en betere leven	11	4	7	7
Eigen cultuur	4	0	17	7
Algemene zaken/rest	3	4	5	4
Land van herkomst	3	4	2	3

Respondenten uit alle groepen gaven aan angsten te hebben met betrekking tot de toekomst, zowel van zichzelf als van familieleden. Daarnaast bestaan er in alle drie de groepen angsten met betrekking tot Nederland (zoals de aanpassing in Nederland, ongewenste omgangsvormen of deel uitmaken van een minderheid). Ook angsten met betrekking tot het gezin en de familie (zoals een betere gezondheid voor de gezinsleden, studie voor de kinderen, een betere toekomst voor de kinderen) komen in alle drie de groepen voor. Angsten met betrekking tot het eigen zelf (zoals: gezondheid, eenzaamheid of zelfconcept) komen procentueel gezien vaker voor bij de GGZ-a populatie. Respondenten uit de AP lijken op dit gebied de minste angsten te hebben. In Bijlage 2.5 is een overzicht te vinden van alle angsten die de respondenten onder woorden brachten.

## 2.5 Conclusies

Onze steekproef bestond grotendeels uit vrouwelijke respondenten en dat geldt ook voor de drie afzonderlijke onderzoeksgroepen. Verder blijkt de meerderheid van deze steekproef in de leeftijdscategorie 31 tot 45 jaar te vallen. Eenentachtig procent van onze steekproef is getrouwd en onze steekproef is in zijn totaliteit iets hoger opgeleid dan Turkse deelnemers die bestudeerd werden in andere onderzoeken. De meerderheid van deze respondenten komt uit een grote stad in het land van herkomst (Turkije) en de meerderheid daarvan had geen binnenlandse migratie ervaring aldaar. In onze steekproef scoorde in categorie 21 tot 25 jaar het hoogst als het om de verblijfsduur in Nederland gaat. De meerderheid van onze steekproef is naar Nederland gekomen vanwege gezinshereniging. Het niveau van de Nederlandse taal is redelijk hoog, evenals het Turkse taalniveau. Het valt op dat twee derde van de respondenten geen werk had tijdens de onderzoeksperiode en dit was opvallend hoog bij de GGZ-populatie. Meer dan twee derde van onze respondenten heeft familie in Nederland en ook

evenveel respondenten gaven aan dat ze een vertrouwenspersoon hebben in Nederland. Wat betreft het hebben van contacten met de Nederlanders scoorden onze respondenten vrij goed en heeft één derde een redelijk tot vrij intensief contact met Nederlanders. Voor 50% geldt een gemiddeld niveau. Verder had bijna twee derde van onze respondenten ervaring met discriminatie in hun leven.

Het is opvallend positief dat 91% van onze respondenten iets doet op het terrein van spanningsreductie. Hierbij valt weer op dat 40% hiervan om manieren gaat, die we als 'agressief-ontspannen' kunnen betitelen.

Het geloof is een belangrijk gegeven voor onze respondenten en zodoende is 92% van hen gelovig. Opvallend is dat onder de niet-gelovigen de mannen de meerderheid vormen. Interessant hierbij is dat van de gelovigen maar één derde vaak hun geloof praktiseert. Eveneens opvallend is dat de AP iets meer praktiserend is dan de GGZ- populatie. Onze respondenten gaven ook aan dat iets meer dan de helft van hen zich onderdrukt voelt in Nederland vanwege het geloof.

Onze respondenten, net als de meeste Turken in Nederland, willen hun toekomst/oude dag liever in Turkije doorbrengen. Het gaat in dit geval om 70% van deze mensen. Dit percentage is bijna hetzelfde als het gaat om de voorkeur voor het land om de laatste levensdagen (73%) door te brengen. Maar dit is niet het geval bij de vrouwelijke respondenten, want die willen liever in Nederland blijven. Het bezoek brengen aan Turkije is weer een belangrijk onderwerp voor onze respondenten, want bijna één derde van de respondenten gaat jaarlijks naar Turkije en hier is sprake van vrij grote verschillen tussen de drie verschillende onderzoeksgroepen, evenals dit het geval is bij het onderwerp 'zich op zijn/haar gemak voelen in Turkije'.

Wat betreft de tevredenheid met het leven in Nederland blijkt twee derde van onze respondenten tevreden te zijn met hun leven in Nederland. Hierin valt het op dat de GGZ-a populatie het minst tevreden is. De mensen die ontevreden zijn met hun leven in Nederland, klagen het meest over het ontbreken van een sociaal leven, het hebben van een saai leven, isolement en relatieproblemen. Hiertegenover scoorde het argument 'economische redenen, luxe, schoon en georganiseerd leven en dergelijke' juist het hoogst wat betreft redenen van tevredenheid in Nederland. Verder bleken de deelnemers aan dit onderzoek vrij veel verwachtingen te hebben voor wat betreft materiële zaken en het hebben van een beter leven in Nederland. Veel respondenten maken zich zorgen om de toekomst en hebben angsten over de toekomst in Nederland.

## 2.6 Literatuur

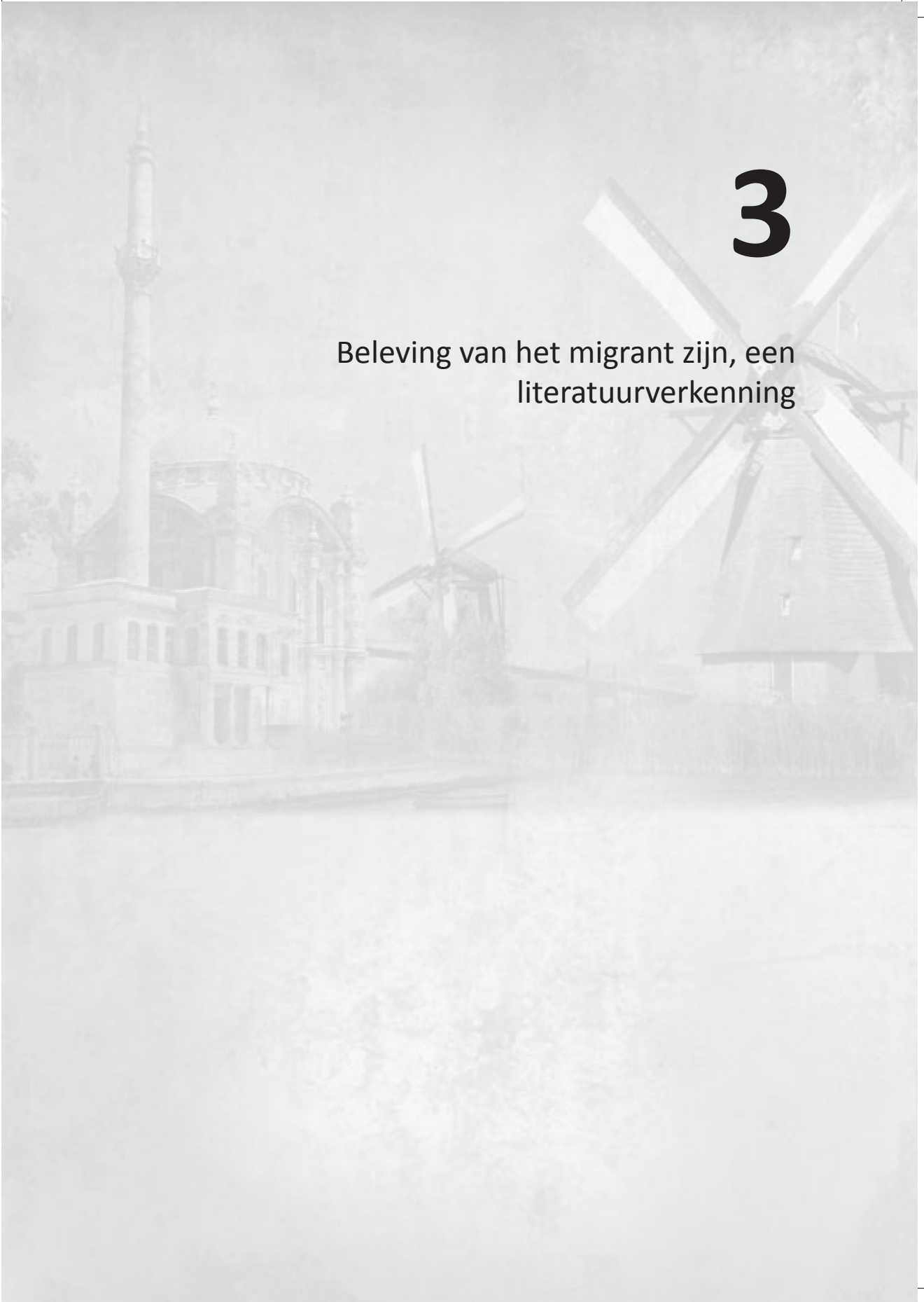
- Beekhoven, S., & Dagevos, J. (2007). Sociaal culturele integratie, bijlage 7. In J. Dagevos & M. Gijsberts (Red.), *Jaarrapport Integratie 2007* (pp. 163-191). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Brink, G. van den (2006). *Culturele contrasten. Het verhaal van de migranten in Rotterdam*. Amsterdam: Uitgeverij Bert Bakker.
- Butter, E. (2007). Turken in Nederland. Geraadpleegd op 20 november 2007; [www.acbkenniscentrum.nl/turken](http://www.acbkenniscentrum.nl/turken)
- Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) (2003). *Allochtonen in Nederland*. Den Haag/Heerlen: CBS.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) (2004). *Allochtonen in Nederland*. Den Haag/Heerlen: CBS.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) (2006). *Werkloosheid niet-westerse allochtonen nauwelijks toegenomen in 2005*. Persbericht, 13 februari. P.B 06-015.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). (2007). Ruim 850 duizend islamieten in Nederland. *Webmagazine CBS*. 24 oktober 2007.
- Centraal Bureau voor de Statistiek- Statline (2007). Allochtonenprognose 2006-2050. Geraadpleegd op 15 december; [www.statline-cbs.nl/menu/themas/dossiers/allochtonen](http://www.statline-cbs.nl/menu/themas/dossiers/allochtonen)
- Dagevos, J. (2007a). Arbeid en inkomen, bijlage bij hoofdstuk 6. In J. Dagevos & M. Gijsberts (Red.), *Jaarrapport Integratie 2007* (pp. 131-162). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Dagevos, J. (2007b). Arbeidsmarktdiscriminatie: Bevindingen uit Nederlands onderzoek. In I. Andriessen, J. Dagevos, E. Nievers, & I. Boog (Red.), *Discriminatiemonitor niet-westerse allochtonen op de arbeidsmarkt 2007* (pp. 52-98). Den Haag/Rotterdam: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Dagevos, J., Gijsberts, M., Kappelhof, J., & Vervoort, M. (2007a). *Survey Integratie minderheden 2006. Verantwoording van de opzet en de uitvoering van een survey onder Turken, Marokkanen, Surinamers, Antillianen en een autochtone vergelijkingsgroep*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Dagevos, J., Schellingerhout, R., & Vervoort, M. (2007b). Sociaal culturele integratie en religie, bijlage 7. In J. Dagevos & M. Gijsberts (Red.), *Jaarrapport Integratie 2007* (pp. 163-189). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Dijkstra, H.N. (2004). Onbegrepen lichamelijke klachten bij een Turkse populatie. In H. Rohlof, A. Sbiti, & A. Snijdwind (Red.), *Culturen zonder muren. Thema 2004: Samen werken op onbekend terrein*. (pp. 25-45). Badhoevedorp: Mension.
- Endt- Meijling, H. van (2000). Transculturele hulpverlening. *Maatwerk, Vakblad voor Maatschappelijk Werk* 1, 4-8.

- Engelhard, D. (2006). Pendelen op je oude dag, pendelmigratie en gezondheid bij oudere migranten. *Cultuur, Migratie, Gezondheid*, 3, 14-25.
- Es, D. van (1995). *De migrant als patiënt. Een oriëntatie voor hulpverleners in de gezondheidszorg*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Exter, J. den (1992). *Spreiding naar herkomst regionen. Patronen van regionalisme onder Turken in Nederland*. Paper voor de Sociaal Wetenschappelijke Studiedagen. Alkmaar: SISWO.
- Garssen, J., & Wageveld, M. (2007). Demografie, bijlage 2. In J. Dagevos & M. Gijsberts (Red.), *Jaarrapport Integratie 2007* (pp. 29-46). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Gijsberts, M. (2007). Etnische concentratie en interetnisch contact als beleidsprobleem. In M. Gijsberts & J. Dagevos (Red.), *Interventies voor integratie. Het tegengaan van etnische concentratie en bevorderen van interetnisch contact* (pp. 21-51). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Gijsberts, M., & Vervoort, M. (2007). Wederzijdse beeldvorming, bijlage 11. In J. Dagevos & M. Gijsberts (Red.), *Jaarrapport Integratie 2007* (pp. 282-310). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Hoffer, C.B.M. (1991). *Islamitische geneeswijzen in Nederland. Een eerste inventarisatie*. Leiden: Rijksuniversiteit Leiden, Faculteit der Sociale Wetenschappen.
- Hoffer, C.B.M. (1994). *Islamitische genezers en hun patiënten. Gezondheidszorg, religie en zingeving*. Healthy, Culture and Society. Studies in Medical Anthropology and Sociology. Amsterdam: Het Spinhuis.
- Hoffer, C.B.M. (1996). Samenwerking tussen artsen en hulpverleners enerzijds en Islamitische genezers anderzijds: Mogelijkheden en onmogelijkheden. In J. de Jong & M. van den Berg (Red.), *Transculturele psychiatrie en psychotherapie. Handboek voor hulpverlening en beleid* (pp. 251-270). Lisse: Swets & Zeitlinger Publishers.
- Hoffer, C.B.M. (2005). Allochtone ouderen: De onverwachte oude dag in Nederland. Onzichtbaar-onmisbaar: Ouderen in Rotterdam. *Essays, Cahier 04* (pp. 7-30). Rotterdam: Stedelijke Adviescommissie Ouderenbeleid (S.A.O.).
- Hoffer, C. B.M. (2007). Suhur en jnun in Nederland. Dynamiek van cultuur en religie in het leven van Marokkaans - Nederlands vrouwen. Mikado-Pharos. *Cultuur, Migratie, Gezondheid*, 4, 2-15.
- Huizingh, E. (2004). *Inleiding SPSS, 12.0 voor Windows en Data Entry*. Den Haag: Academic Service.
- İşte biz Türkler [Wij, de Turken]. (2006, 17 maart). Güncel, *Akşam*, Bericht 6.
- Kamperman, A.M., Kamproe, I.H., & Jong, J.T.V.M. de (2003). Verklaringen voor verschillen in psychiatrische stoornissen in een onderzoek onder migranten. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 45, 315-326.

- Knipscheer, J., & Kleber, R. (2005). Migranten in de GGZ: Empirische bevindingen rond gezondheid, hulpzoekgedrag, hulpbehoeften en waardering van zorg. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 47, 753- 759.
- Martens, E.P., Belier, E., Roelandt, T., & Veenman, J. (1994). Ruimtelijke concentratie van vier allochtone groepen in Nederland. In J. Veenman & T. Roelandt (Red.), *Onzeker bestaan, De Turkse, Marokkaanse, Surinaamse, Antilliaanse en Arubaanse bevolking in Nederland* (pp. 148-173). Amsterdam: Boom.
- Martens, E.P., & Verweij, A.O. (1997). *Turken in Nederland. Kerncijfers 1996. Minderheden in beeld*. Rotterdam: Instituut voor Sociologisch- Economisch Onderzoek (ISEO).
- Mens-Verhulst, J. van, & Bekker, M. (2005). Gezondheidspsychologie in een pluriforme samenleving. In J. Knipscheer & R. Kleber (Red.), *Psychologie en de multiculturele samenleving* (pp.118-138). Amsterdam: Boom.
- Nederlands Migratie Instituut. (2007). NMI overzicht eerste halfjaar 2007. *Nieuwsbrief NMI*, Oktober, 3. Utrecht: NMI.
- Nuruan, M., Güneş, T., Beder Şen, R., Güneş, S., Kalaycı, A.R., & Kaplan, M. (2005). *Federal Almanya'da yaşayan Türklerin Aile yapısı ve sorunları Araştırması* [Familie-structuur en problemen van de Turken in Duitsland]. Ankara: Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü.
- Odé, A. (2006). Het immigratie- en integratiebeleid nader bekeken. In A. Odé, J. Klaver, & G.H.J. Homburg (Red.), *Jaarboek minderheden 2007. Beleidsontwikkelingen, feiten & cijfers, feestdagen, adressen* (pp. 9-32). Den Haag: SDU uitgevers.
- Praag, C. van (2003). Demografie. In J. Dagevos, M. Gijsberts, & C. van Praag (Red.), *Rapportage minderheden 2003. Onderwijs, arbeid en sociaal-culturele integratie* (pp. 13-33). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Schellingerhout, R. (2004). Gezondheid en welzijn van allochtone ouderen. In R. Schellingerhout (Red.), *Sociaal-culturele integratie, tevredenheid met het bestaan in Nederland en terugkeergeneigdheid* (pp. 79-103). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- SPSS version 12.0. (2004). Chicago, IL: SPSS Inc.
- Sterman, D. (1996). *Een olifboom op de ijsberg. Een transcultureel-psychiatrische visie op en behandeling van de problemen van jonge Noord-Afrikanen en hun families*. Utrecht: Nederlands Centrum Buitenlanders.
- Thomaes, K., Kaasenbrood, A.J.A., & Krumeich, A. (1997). Turkse vrouwen en de kunst van het hulp zoeken. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 5, 494-507.
- Turkenburg, M., & Gijsberts, M. (2007). Opleiding en taal, bijlage bij hoofdstuk 5. In J. Dagevos & M. Gijsberts (Red.), *Jaarrapport Integratie 2007* (pp.102-130). November. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Zorlu, A., & Traag, T. (2005). Opleidingsniveau en taalvaardigheid. *Jaarrapport Integratie 2005* (pp. 44-56). Den Haag: SCP-WODC-CBS.

# 3

Beleving van het migrant zijn, een  
literatuurverkenning







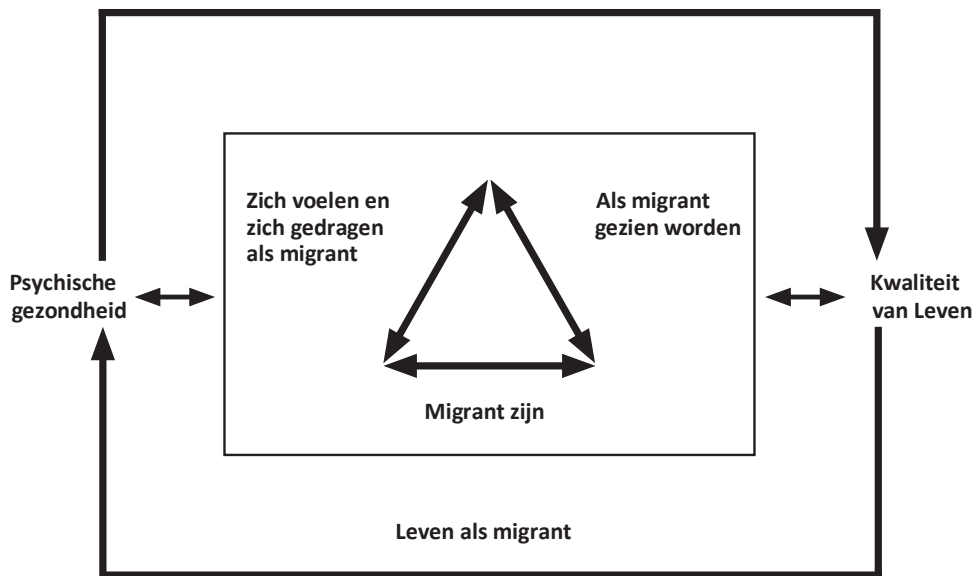
### 3.1 Inleiding

*“Voor mensen die denken, is het leven een komedie, Voor mensen die voelen, is het leven een tragedie.”*

Horace Walpole

In dit onderzoek worden drie determinanten van het leven als migrant en hun onderlinge wisselwerkingen onder de loep genomen: (i) de beleving van migrant zijn als onderdeel van leven als migrant, (ii) psychische gezondheid en (iii) de Kwaliteit van Leven van Turken in Nederland (zie Figuur 3.1).

3



*Figuur 3.1. Veronderstelde Samenhang tussen de Context van het Leven als Migrant, Psychische Gezondheid en Kwaliteit van Leven van Turken in Nederland.*

Aangezien we in het onderzoek één bepaalde component van het leven als migrant extra aandacht wilden besteden, komt deze nu in dit hoofdstuk in meer algemene zin uitgebreid aan de orde, voordat we het in Hoofdstuk 4 specifiek bij Turken behandelen. Het gaat over het beleevingsaspect van migrant zijn.

Zoals eerder in Hoofdstuk 1 al benadrukt werd, bestaat het leven als migrant uit drie basiscomponenten: (i) het migrant zijn, (ii) het als migrant gezien/ benaderd worden en (iii) het zich migrant voelen en zich als zodanig gedragen. Deze componenten staan in voortdurende wisselwerking met elkaar. Hieronder wordt het beleevingsaspect in zijn algemeenheid onder de loep genomen.

### 3.2 Belevingsaspect

Een belangrijk onderdeel van leven als migrant betreft het belevingsaspect. Dit is weer een onderdeel van een breder emotioneel aspect. Emotionele beleving is op zich een betrekkelijk ambigu begrip (De Vos, 2005). Het is een complex gevolg van verschillende reacties van het menselijke lichaam (Vervaeke, Bouman, & Visser, 1997; Visser & Bouman, 1994; Visser, Geurtsen, & Bouman, 1990). Het is een geheel van drie componenten: fysiologische reacties, motorische reacties en cognitieve activiteiten (Can, 2000). Nog concreter omvat het een scala van intrapsychische en psychosociale onderwerpen, zoals ideeën, meningen, gedachten, herinneringen, betekenistoekenningen, fantasieën, waarnemingen, opvattingen, oordelen, interpretaties, attitudes en waarderingen. Deze kunnen een andere lading en uiting hebben bij mensen uit verschillende culturen en dus ook bij migranten uit een andere cultuur (Berry, Poortinga, Segall, & Dasen, 2006). Deze verschillen kunnen ook aangetroffen worden in romans en literaire verhalen van en over mensen uit diverse culturen (Baycili, 2000; Van den Bogaard, 2000; Dunphy, 2001; Scheffer, 2008; Verdaasdonck, 2000).

Het woord 'emotie' is afkomstig van het Latijnse werkwoord 'movere', hetgeen 'bewegen' betekent. Vanwege het voorvoegsel 'e' krijgt het de betekenis van 'ergens vandaan bewegen' (Goleman, 2000). Dit betekent dat dit werkwoord te maken heeft met een basisimpuls tot handelen. Emoties leiden tot handelingen. Om emoties te identificeren, wordt gekeken wat mensen doen en hoe ze zich voelen. Het wezenlijke verschil tussen mensen en andere wezens ligt in dit proces. Deze universeel biologische neiging tot handelen krijgt door de (culturele) omstandigheden een specifieke vorm.

Ongeveer 3800 jaar geleden is aan emoties aandacht besteed in één van de eerste geschriften van de mensheid: Gilgamesh, welke meestal om emotionele verhalen ging (Oatley, 2004). In de klassieke Griekse oudheid werden emoties en gezondheid als één en hetzelfde fenomeen ervaren (Sternberg, 2001). Later werd emotie gedefinieerd als elke (plotse) opwindende of geestesverstoring, gevoel of passie; kortom, elke heftige of opgewonden geestelijke toestand. Daarom werden emoties gedurende een lange tijd als 'verstoorders' van het verstandelijke proces beschouwd. Het gaat hierbij niet alleen over negatieve emoties, zoals boosheid, maar ook over positieve emoties, zoals verliefdheid (Voestermans & Verheggen, 2007). Volgens Goleman (2000) refereren emoties aan gevoelens met de daarbij behorende verscheidenheid aan gedachten, psychologische en biologische gesteldheid, alsmede actietendensen. Er is sprake van honderden soorten emoties, variaties, mutaties en nuances. Emoties vormen dan ook een belangrijk deel van het sensorium (Voestermans & Verheggen, 2007).

Er is recentelijk een discussie gaande of sommige emoties wel als primaire emoties zouden moeten worden opgevat, gegeven het feit dat er belangrijke culturele verschillen bestaan in de beleving en uiting daarvan (Berry et al., 2006; Matsumoto, 2000; Smith, Bond, & Kağıtçıbaşı, 2006). Goleman (2000) beschrijft de volgende clusters van emoties als de

belangrijkste primaire emoties. Bij het ontwikkelen van de vragenlijst 'De Beleving van Migrant Zijn', waarover in dit proefschrift gerapporteerd wordt, is rekening gehouden met de volgende, zowel negatief als positief getinte, emoties:

- *Woede*: verontwaardiging, wrok, toorn, wrevel, verbolgenheid, ergernis, bitterheid, animositeit, hinder, irritatie, vijandigheid tot haat en gewelddadigheid;
- *Verdriet*: smart, rouw, vreugdeloosheid, zwaarmoedigheid, melancholie, zelfmedelijden, eenzaamheid, bedroefdheid, wanhoop tot (zware) depressie;
- *Vrees*: bezorgdheid, ongerustheid, nervositeit, zorg, ontzetting, wantrouwen, alertheid, angst, zenuwachtigheid, afgrijzen, schrik, fobie en panieklachten;
- *Vreugde*: geluk, plezier, opluchting, tevredenheid, vervoering, verrukking, geamuseerdheid, trots, sensueel genot, extase, voldoening, beloning, euforie tot manie;
- *Liefde*: acceptatie, vriendelijkheid, vertrouwen, aardigheid, affiniteit, toewijding, adoratie, verliefdheid, agape;
- *Verrassing*: schok, verbijstering, verbazing, verwondering;
- *Walging*: verachting, minachting, misprijzen, verafschuwing, aversie, afkeer, weerzin;
- *Schaamte*: schuldgevoel, verlegenheid, teleurstelling, wroeging, vernedering, spijt, gêne, berouw.

Emoties, als cultuurgebonden menselijke reacties (Mesquita, 1996), zijn *echtmakers*. Ze laten zien dat er werkelijk iets aan de hand is. Emoties zijn reacties (Oatley, 2004), die nauw verbonden zijn met tijd en te maken kunnen hebben met de timing van reacties (Ahmed, 2004). Zij dienen ergens voor en hebben soms ook niet-functionele gevolgen, bijvoorbeeld gedragsverstoringen, uitputting en aanpassingsstoornissen. Er kan sprake zijn van irrationeel emotioneel gedrag en van zinloze of schadelijke emoties, zoals paniek, depressie, weemoed, enz. (Frijda, 1993). Emotionele beleving kent als proces verschillende fasen (Mesquita, 1996). Aan de basis van elke emotie ligt een evaluatie, eerst automatisch en onbewust, en vervolgens strategisch en bewust (Kraaimaat & Van den Bergh, 2006). Frijda (1986; 1993) onderscheidt verschillende stadia in het emotionele proces. Het eerste stadium is het appèl, het tweede betreft ervaren actiebereidheid en het derde ervaren arousal (zie ook Korrelboom, 2000).

Het appèl betreft een persoonlijk belang dat een gebeurtenis of gedachte heeft en dat direct ervaren wordt. Het betreft primaire taxatie en evaluatie. Deze stap is sterk bepalend voor de overgang naar de volgende fase. Deze tweede fase (actiebereidheid) betreft de neiging iets aan of met de ontstane situatie te doen. Hier speelt de manier van omgaan met stressvolle situaties een uitermate belangrijke rol. Emoties zetten aan tot actie (Kraaimaat & Van den Bergh, 2006). Vechten, vluchten of accepteren en meegaan, zijn de belangrijkste alternatieven. De laatste fase gaat gepaard met ervaren arousal. Hier gaat het om de fysiologische aspecten van de actievoorbereiding, die de emotionerende situatie teweegbrengt. Net als in de vorige fase het geval is, kunnen ook hier twee verschillende typen reacties ontstaan: opwindend of kalmte (lamgeslagen zijn). Vanuit deze invalshoek kunnen emoties

worden ingedeeld naar haar gedragstendensen en naar de belangen die in het geding zijn.

Naast emoties hebben we ook te maken met het woord '*beleving*'. Dit is het besef van wat men voelt, doet of geneigd is te doen, en waarom het gedaan wordt (Frijda, 1993). De emotionele beleving wordt gevormd door de beleving van de situatie, betekenisvolle objecten, betekenisvolle doelen, of juist afwezige aspecten. Emotionele beleving bestaat uit drie delen: elementaire gevoelens, lichamelijke gewaarwordingen en ideeën die met de stimulus geassocieerd zijn. De emotionele beleving is oorzaak van iets anders: ze motiveert of veroorzaakt emotioneel gedrag.

Het belevingsaspect heeft te maken met verschillende aanverwante concepten. Vanuit deze invalshoek kan, maar hoeft niet iedere emotie aanleiding te geven tot beleving. De mate en intensiteit van de beleving kunnen ook aanleiding geven tot het ontwikkelen van stoornissen. Hier speelt een andere persoonlijke factor, temperament, een belangrijke rol. Dit is tevens de mogelijke reden waarom de ene migrant een stoornis ontwikkelt en de andere niet. Deze concepten hebben onderlinge oorzaak-gevolg-relaties. Dit kan ons helpen om de belevingswereld van migranten, de invloed van concrete omstandigheden hierop en de mogelijke risico's voor het ontwikkelen van psychische problemen bij migranten, beter te begrijpen.

Het is voor de hand liggend dat migranten in hun specifieke, migratiegebonden omstandigheden, ook speciale emoties en specifieke manieren van beleving ontwikkelen, die op den duur, mede onder invloed van andere factoren, hun algemene stemming beïnvloeden en zelfs aanleiding kunnen geven tot psychische problemen (zie Hoofdstuk 5).

### 3.2.1 Omgaan met het migrant zijn

In de literatuur wordt weinig specifieke aandacht besteed aan het *belevingsaspect* van migratie. Het blijft meestal bij cognitieve en gedragsaspecten en de manier van omgaan met de gevolgen van de migratie en het migrant zijn. Het belevingsaspect lijkt op het onzichtbare gedeelte van een ijsberg. Wanneer er toch aandacht aan wordt besteed, gaat het meestal om de vraag hoe negatief de migratie is of hoe eventuele negatieve kanten bepalend zijn voor het belevingsaspect. Het feit dat migratie ook verrijkend kan zijn, wordt soms aangestipt, maar zelden uitgewerkt. Daarom willen we in dit onderzoek allereerst nagaan in hoeverre het migrant zijn in de beleving wordt ervaren als negatief of positief etc., (on)afhankelijk van de concrete omstandigheden. Om het belevingsaspect te traceren, zal uiteraard ook gebruik gemaakt worden van een brede range van cognitieve- en gedragsaspecten. Daarom worden hieronder de manieren die uit de literatuur bekend zijn over omgaan met het migrant zijn onder de loep genomen.

Banning (1986) onderscheidt vijf verschillende reactiepatronen in het omgaan met het migrant zijn. Hij maakt hiervoor gebruik van vijf aspecten van de leefwereld van de migrant: (i) de gehechtheid aan en de solidariteit met de eigen groep, zowel ten aanzien

van de belangen van de groep als de cultuur van de groep; (ii) de aantrekkingskracht van de Nederlandse groep en cultuur en de mate van inpassing in de Nederlandse samenleving; (iii) de beleving van dominantie en uitbuiting door de Westerse en dus ook Nederlandse samenleving; (iv) heimwee naar het land van herkomst en (v) de eigen levensgeschiedenis, gezins-, school- en werksocialisatie, de eigen strijd om zich te handhaven. Volgens Banning (1986) kan deze onderverdeling, dat wil zeggen het profiel(patroon) op deze vijf elementen, er bij iedere migrant anders uitzien. Sommigen hechten meer waarde aan bijvoorbeeld het eerste en het vierde element en anderen waarderen weer andere aspecten.

Eén van de belangrijkste en bekendste theorieën over omgaan met het migrant zijn en het leven als migrant, is die van het acculturatieproces van Berry (1992). 'Acculturatie' is een begrip om de culturele beïnvloeding tussen twee culturen aan te duiden (Redfield, Linton, & Herskovits, 1936). Het gaat om het vertrouwd raken van een persoon met een andere cultuur en het in staat zijn tot adequaat functioneren in een andere cultuur of andere omgeving, met behoud van de eigen culturele identiteit. Dit is één vorm van socialisatie (Phalet & Verkuyten, 2001) en een proces van cultuuroverdracht door persoonlijke contacten tussen individuen en/of groepen (Van Bakkum, Van den Ende, Heezen, & Hijmans van den Bergh, 1996). Dit proces heeft sterk in de belangstelling van wetenschappers gestaan. In dit kader zijn verschillende vragenlijsten ontwikkeld, de meeste afgeleid van de acculturatietheorie van Berry, om het acculturatieniveau van migranten te meten. De meest bekende assessment-instrumenten zijn: de Acculturation Rating Scale for Mexican American (ARSMA; Cuellar, Harris, & Jasso, 1980), de Suinn-Lew Asian Self-Identity Acculturation Scale (SL-ASIA; Suinn, Rickard-Figueroa, Lew, & Vigil, 1987), de African American Acculturation Scale (AAAS; Landrine & Klonoff, 1994), de Acculturation Scale for Hispanics (Marin, Sabogal, Marin, & Otero-Sabogal, 1987), de Greek American Acculturation Scale (Harris & Verven, 1996), de Taiwan Aboriginal Acculturation Scale (Cheng & Hsu, 1995), de Hawaiian Acculturation Scale (Rezentes, 1993), de Acculturation Scale for Southeast Asians (Anderson et al., 1993), de Psychologische Acculturatie Schaal (PAS; Tropp, Erkut, Coll, Alarcon, & Garcia, 1999) en de Lowlands Acculturation Scale (LAS; Mooren, Knipscheer, Kamperman, Kleber, & Komproe, 2001).

Hoe migranten met acculturatie omgaan, wordt door verschillende deskundigen anders geïnterpreteerd. Zo noemt Meszaros (1961) vijf reactiepatronen: (i) de *overaccepting immigrant* ofwel de bovenmatig accepterende migrant die enthousiast is, moeilijkheden ontkent, moeite heeft zich aan te passen aan nieuwe omstandigheden, hostiliteit ondedrukt en vaak zijn/haar etnische afkomst afwijst; (ii) de *active critical immigrant* die nieuwe omstandigheden afwijst, nadelige vergelijkingen maakt, de voormalige maatschappij idealiseert, vaak depressief is en zich gediscrimineerd voelt; (iii) de *inhibited immigrant* ofwel de geremde migrant die emoties inhijbeert en weinig emoties vertoont met betrekking tot het verleden en het heden en die gevoelens van onzekerheid en angst beleeft; (iv) de *hypo-reactive immigrant* die vaak gevoelens van verbazing en verlies heeft, moeite heeft met het

aangaan van aanpassingstaken en die verder gevoelens van onbehagen, wrok, chronische eenzaamheid en heimwee heeft; en tot slot (v) het *hyper-reactive type* dat emotionele labiliteit en afwisselende gedrag patronen vertoont. Dit laatste type kan onder bepaalde omstandigheden agressief gedrag vertonen en loopt het risico op psychoses en pogingen tot zelfdoding.

Volgens Berry (1992; Berry et al., 2006) heeft dit acculturatieproces verschillende fasen, aangeduid met de termen 'contact' (pre- en initieel contact), 'conflict', 'crisis' en 'aanpassing'. Volgens hem heeft dit proces ook eigen uitkomsten, zoals: integratie, assimilatie, separatie en marginalisatie. In dit kader wordt acculturatie steeds meer vanuit een *bidimensionaal* model (contact houden met de eigen cultuur en contact maken met de nieuwe cultuur) geanalyseerd (Berry, 1997; Phalet & Verkuyten, 2001; Vedder & Van de Vijver, 2003; Ward & Kennedy, 1993) in plaats vanuit een *unidimensionaal* model (Leininger, 2002). Hierbij wordt ook gesproken over 'psychologische acculturatie'. Dit betreft veranderingen op het individuele niveau die het gevolg zijn van langdurig contact met mensen uit andere culturen (Hertz, 1997; Phalet & Verkuyten, 2001; Smith et al., 2006). In recente studies naar het aanpassingsproces worden deze processen vanuit drie uitgangspunten benaderd: (i) *unidirectional adaptation* (van de ene naar een andere cultuur), (ii) *bidirectional adaptation* (zich thuisvoelen binnen beide culturen) of (iii) *multidirectional adaptation* (tot één cultuur behoren maar zich ook thuis voelen in meerdere andere culturen) (Sciarra, 1999). Bourhis, Moise, Perreault, en Sénécal (1997) gaan er vanuit dat acculturatie plaatsvindt *tussen* twee basisdimensies, zoals cultuurbehoud en cultuurovername. Dit resulteert in vier acculturatiehoudingen á la het model van Berry: integratie, assimilatie, separatie en marginalisatie. Aan de andere kant gaat het 'identificatiemodel' er vanuit dat migranten zich zowel met hun eigen groep, als met de meerderheidsgroep kunnen identificeren. Hieruit komen vier verschillende identiteitspatronen voort (Hutnik, 1991): acculturatief (gelijkwaardige houdingen tegen over één of meer groeperingen), assimilatief (overwegend oriëntatie op de meerderheid), dissociatief (identificatie met de eigen etnische groep) en marginaal (noch met de eigen etnische, noch met de meerderheid identificeren). Volgens onderzoek over etnische zelfdefinities van Turkse jongeren definieert 64% van Turkse jongeren zichzelf als 'dissociatief', 20% als 'acculturatief', 10% als 'assimilatief' en 6% als 'marginaal' (Verkuyten, 1999). Eén van de verklaringen voor het feit dat migranten (meer) waarde hechten aan hun etnische groep is afkomstig van Phinney (1992). Hij benadrukt het belang van het gevoel om 'bij een etnische groep te horen'. Hierdoor kan een migrant het gevoel van veiligheid krijgen en op steun van de desbetreffende groep rekenen. Dit is essentieel voor (over)leven in een vreemd land.

Naast deze bekende modellen is er een ander model in opkomst. Het gaat om het *fusion model* (Hermans & Kempen, 1998). Hier ligt de nadruk op een nieuw gecreëerde cultuur als een combinatie of mix van de beste of bijzondere kanten van minstens twee

culturen, zoals de cultuur van het oorspronkelijke land en de cultuur van het huidige land.

Een meer psychoanalytisch georiënteerde benadering tenslotte beweert dat het proces van integratie met de omgeving een kwestie is van 'mentale geïntegreerdheid', die afhangt van iemands capaciteit om verandering en verlies te verdragen en van de capaciteit om alleen te zijn en af te wachten (Grinberg & Grinberg, 1990). Deze factoren zijn uiteraard niet los te zien van de persoonlijkheid en het identiteitsgevoel van de migranten (zie Hoofdstuk 5).

Naast de bovengenoemde psychologische en antropologische benaderingen zijn er ook sociologische ideeën. Daarin ligt de nadruk op de sociaalstructurele dimensie van het integratieproces, zoals sociale integratie (Schuringa, 2001) en sociaal-structurele integratie. Met name aan de hand van de klassieke sociologische theorieën van Durkheim en Parsons wordt sociaalstructurele integratie beschreven als het proces waarbij allochtonen na verloop van tijd weten door te dringen tot elk denkbaar beroep, elk beroepsmatig of vrijwillig sociaal netwerk en elke vereniging en/of organisatie. Deze vorm van integratie vereist samenwerking van mensen van verschillende etnische afkomst binnen alle sectoren van het maatschappelijke leven (Latuheru, De Vries, & De Jong, 1994). Als gevolg hiervan kunnen er vier verschillende culturele aanpassingstypen ontstaan: assimilatie, kolonisatie, acculturatie en pluralisatie.

Binnen dit zowel sociologische als psychologische proces kan ook acculturatiestress ontstaan, gekenmerkt door een moeilijk hanteerbaar verschil tussen ideaalbeeld en werkelijkheid en door het bestaan van referentiekaders die niet meer aansluiten bij de nieuwe werkelijkheid (Van Bakkum et al., 1996; Van Dijk, 1997). Men heeft steeds meer moeite om zich aan te passen aan veranderingen in de privé-sfeer, de publieke sfeer en de werkomgeving (Van Bakkum et al., 1996). Hoe het acculturatieproces verloopt (in welke fase en op welke wijze) is ook in belangrijke mate afhankelijk van andere factoren. De belangrijkste zijn: (i) de manier van omgaan van het individu met het acculturatieproces, (ii) individuele (o.a. waardering, attitude) en persoonlijke kenmerken (bijvoorbeeld status, open of gesloten opstelling, starre of flexibele houding, overtuigingen, vaardigheden), (iii) groepskenmerken (leeftijd/ generatie, status, sociale steun e.d.), (iv) aard van de oorspronkelijke cultuur, zoals distantie, beïnvloeding en bekendheid met betrekking tot de cultuur en (v) de aard van de ontvangende samenleving (multicultureel of gericht op assimilatie, sociale en wettelijke bescherming tegen vooroordelen, xenofobie, racisme, discriminatie e.d.) en de verschillen tussen beide culturen (zie ook White & Boucke, 2003). In dit kader is het de moeite waard om te vermelden dat onderzoek naar multiculturele attitudes van leden van de 'ontvangende' samenleving en de invloed daarvan op de acculturatiestrategieën van allochtonen op basis van het acculturatiemodel van Berry (1992) aangeeft dat dit een proces is dat beide partijen (zowel allochtonen als autochtonen) betreft (Breugelmans, 2000).



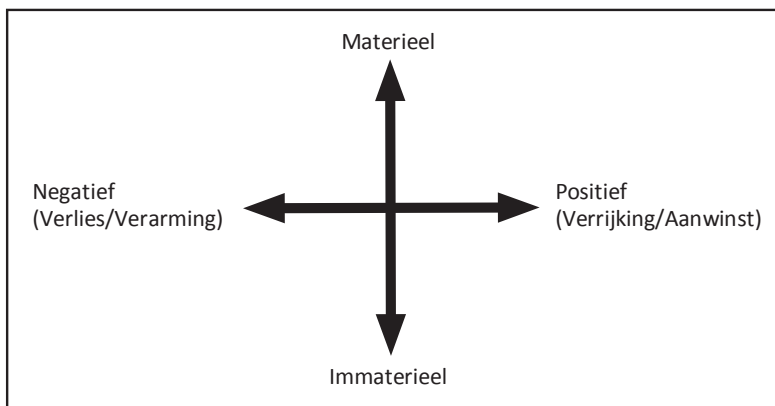
### 3.3 Mogelijke emotionele betekenissen van migratie bij migranten

*“Mensen met een sterk heimwee kunnen noch met flight, noch met fight reageren. Ze maken een ‘pas op de plaats’ en blijven steken in fright.” Zwingmann (1962).*

De beleving van het migrant zijn is een dynamisch proces op een continuüm tussen positieve en negatieve kanten, wellicht met een neutraal centrum. Aan de negatieve kant nemen o.a. de verlieservaringen een belangrijke plaats in en aan de positieve kant het gevoel van o.a. verrijking en uitdaging.

Er vinden regelmatig veranderingen plaats op dit continuüm, dat loopt van negatieve veranderingen, als verlies/verarming aan de ene kant, tot positieve veranderingen als verrijking/uitdaging aan de andere kant ( zie Figuur 3.2). Het gaat om beleving in zowel materiële als immateriële zin. Het kan ook zo zijn dat migranten geen mening of een neutrale mening hebben over hun ‘belevingsaspect’, of dat ze moeilijkheden ervaren om dit te uiten. Zowel de negatieve als de positieve aspecten van migratie kunnen betrekking hebben op materiële en immateriële zaken.

Hoewel het buiten het bestek van dit onderzoek valt, is het interessant op te merken dat de beleving op dit continuüm ook op autochtonen van toepassing zou kunnen zijn. Het gaat daarbij dan om de vraag hoe autochtonen de aanwezigheid van allochtonen in Nederland ervaren: als een verrijking of een verarming (zie ook Deraeck, 1999; Scheffer, 2008) en op materieel en/of immaterieel niveau. Hieronder gaan we nader in op deze aspecten, met name op de twee polen van het belevingsaspect.



Figuur 3.2. Dimensies van de Beleving van het Migrant zijn.

### 3.3.1 Negatieve emotionele betekenissen van migratie en migrant zijn bij migranten

Een onbekende omgeving is meestal een stressfactor voor bijna alle diersoorten, ongeacht hun ontwikkelingsniveau. 'Zelfs ratten die uit hun woonomgeving worden verwijderd en in een schone, helder verlichte kooi worden geplaatst, vertonen tekenen van angst en stress: hun onderzoekende gedrag wordt minder of ze verstarren, en ze defeceren meer; vecht-of-vlucht-gedrag dat wordt gestuurd door het stresshormoon CRH...' (Sternberg, 2001, p. 156).

In de literatuur wordt nadrukkelijk een accent gelegd op de negatieve kanten en gevolgen van migratie. Hierbij gaat het vooral om de beleving van verlies en verarming. Migratie brengt diepgaande veranderingen teweeg (Thung, 2000). Daardoor kan migratie ontworteling, het verlies van vertrouwde leefwerelden en een ontmanteling van sociale structuren en culturele instituties inhouden (Van Dijk, 1997; Scheffer, 2008). Ook kan het gaan om het verlies van basiszekerheden, sociale verbanden, een betekenisgevende culturele context, status, controle over de inrichting van het eigen leven en het fysieke milieu. Het kan ook het verlies van identificatiemogelijkheden, steun en diepe contacten alsmede gezichtsverlies beteken (Boedjarath, Can, Dekker, & De Jong, 1990). Naast de verlieservaringen (Zie ook Van Waning, 1999), is het verlies van de vanzelfsprekendheid van de meegebrachte cultuur ook een belangrijk feit (Meurs & Cluckers, 1998). Van Dijk (1998) geeft aan dat migratie ontheemding en ontworteling kan beteken en verschillende verlieservaringen, acculturatiestress en maatschappelijke marginalisatie kan veroorzaken. Ook rouw, angst, schok, verdriet, schuldgevoel, boosheid, heimwee, isolement, ambivalentie, loyaliteitsconflicten, depressieve grondstemming, vereenzaming, zich innerlijk en sociaal onvrij voelen, horen bij migratie (Graafsma & Tiekens, 1987).

Als gevolg van verlies van een grote verscheidenheid aan geliefde personen en objecten, zoals familie, vrienden, taal, muziek, voedsel, cultureel bepaalde waarden, gebruiken en attitudes, kan migratie gezien worden als een traumatische ervaring in de ruimste zin van het woord (Westerborg, 1999). Migratie is ontwrichtend en kan daarom als een breuk en trauma ervaren worden. Opvallend is dat niet alleen migranten zulke gevoelens kunnen hebben, maar dat ook in de ontvangende groep angst kan worden losgemaakt, zoals angst voor het onbekende, alsmede verlies van werkgelegenheid en culturele identiteit (Bala, 1999). Verder kan het zo zijn dat migratie niet alleen een luxerende factor is voor nieuwe verlieservaringen. Het kan ook het wegvallen van mogelijkheden om deze verliezen te verwerken tot gevolg hebben (Van Dijk, 1997).

Tjin A Dje en Zwaan (2007) benadrukken de gevolgen van migratie voor de familiesituatie en de familiecontinuïteit. Sterman (1999) geeft aan dat tijdens migratie familiebanden worden gefragmenteerd en dat er sprake kan zijn van ambivalentie, onzekerheid, gevoelens van in de steek gelaten worden en het ontbreken van bescherming, zoals rituelen, het verdwijnen van structuur, houvast en een veilige omhulling (Sterman, 1999).

Migratie heeft dus veel invloed op de gezinsleden en zeker ook op de vader/man in migrantengezinnen. In sommige (Noord-) Afrikaanse en Islamitische landen ontleent de vader zijn positie aan God; hij vertegenwoordigt de wet, beschermt het gezin en beschikt over leven en dood van kinderen, ook als zij volwassen zijn (Stermann, 1996, refererend aan Yahyaoui, 1990). Tijdens migratie komt de man echter in een precare positie terecht. Dit kan vele gevolgen hebben: onrust kan ontstaan vanwege angst voor het omslaan van de economische balans, verlieservaringen, culturele ontheemding, het verlies van culturele vanzelfsprekendheden, problemen tussen ouders en kinderen, problemen met zijn autoriteit en met gehoorzaamheid in de gezinnen, gezagverlies van de ouders, onderlinge vertrouwenscrisis, onmacht, een vertrouwensbreuk en rolverstarring in het gezin, rolverwarring tussen ouders en kinderen et cetera (Phalet, 1998; Scheffer, 2008).

Als gevolg van deze verlieservaringen kan in sommige gevallen de migrant zichzelf en de migratie in zijn totaliteit als een mislukking ervaren (falen erkennen). Daarom probeert vooral de eerste generatie migranten vaak tegen elke prijs statusverlies jegens de familie, hier en in het land van herkomst, te voorkomen en niet mislukt te lijken. Er wordt in dergelijke gevallen geld opgestuurd en er worden cadeaus meegebracht voor de familie in het land van herkomst, terwijl de migrant in Nederland in financiële nood kan zitten (Mesquita, 1996).

### 3.3.2 Positieve emotionele betekenissen van migratie en migrant zijn bij migranten

Wat betreft de positieve kanten van migratie is de volgende opmerking op zijn plaats. De positieve kanten van migratie kunnen groter zijn dan de negatieve kanten. Dit is echter afhankelijk van verschillende factoren, zoals het ontwikkelingsniveau van en de mogelijkheden in het gastland. Daarom wordt hieronder geprobeerd die positieve aspecten te beschrijven die min of meer voor de meeste immigratielanden van toepassing (kunnen) zijn. Het betreft de volgende constatering (Akhtar, 1999; Bala, 1999; Barnouw, 1979; Brinkgreve, 1999; Can, 1998; Van Dijk, 1997; Phalet & Verkuyten, 2001): naast vooruitgang en betrekkelijke rijkdom in materiële zin (betere positie, goede infrastructuur en dergelijke) zou migratie ook als een uitdaging, als een nieuwe mogelijkheid en als een gelegenheid tot individuele ontwikkeling en zelfverwezenlijking gezien kunnen worden. Verder kan migratie ervaren worden als een mogelijkheid voor het groeien van ontworpen naar integratie. Ook kan migratie gezien worden als het gaan van verlies naar verrijking. Migratie biedt ook de mogelijkheid om gebruik te kunnen maken van twee of meerdere culturen in plaats van slechts één. Migratie kan ook de reden zijn om krachten en capaciteiten van de migrant zelf te mobiliseren en te gebruiken. Het kan vrijheid geven om keuzes te kunnen maken. Naast veel individu-gebonden, positieve aspecten kan migratie ook veel positieve gevolgen hebben voor de gezinsleden, de nakomelingen en de familie van migranten, zowel in materiële als immateriële zin. Daarnaast kan migratie ook positieve effecten hebben met betrekking tot het land

van herkomst door de (subjectieve) indruk die migranten maken op de achterblijvers. Verwanten in het land van herkomst kunnen de migrant bijvoorbeeld zien als moedig, bewonderenswaardig en succesvol. Deze positieve aspecten zouden ondersteunende en beschermende systemen kunnen zijn voor migranten om op eigen kracht en zonder hulp van professionele instellingen, migratiestress en andere problemen te kunnen doorstaan (Can, 1998; Van Dijk, 1998). Kortom, migratie kan op meerdere gronden als succesvol ervaren worden.

Tot slot kan er ook sprake zijn van een derde optie, namelijk de neutrale mening of de ontkenning van het migrant zijn, bijvoorbeeld door niet te vinden dat men een migrant is of de overtuiging te hebben dat men niet gefaald heeft als migrant of dat de rijkdom die men heeft, niets te maken heeft met het migrant zijn, et cetera. In deze gevallen wordt het migrant zijn als iets neutraals (noch mislukking, noch verrijking) ervaren. Tegen de achtergrond van deze constatering aan de hand van de literatuur, zullen we in Hoofdstuk 4 de beleving van migrant zijn van Turken in Nederland beschrijven en het proces van het ontwikkelen van een vragenlijst om dit belevingsaspect te meten.

### 3.4 Conclusies

Op basis van deze bevindingen aan de hand van de literatuur is het aannemelijk om te zeggen dat het *belevingsaspect* van het leven als migrant een zeer interessant, maar ook vrij complex onderwerp is. Het staat constant in wisselwerking met cognitieve en gedragsaspecten. Daardoor is het een dynamisch begrip. Dit is ook te merken aan het feit dat het inhoudelijk verschillende betekenissen kan hebben, zowel in positieve als negatieve zin, zowel materieel als immaterieel. Kortom: het belevingsaspect van het migrant zijn is een complex begrip met vele verschillende uitkomstmogelijkheden, zoals de verschillende reactiepatronen die migranten kunnen vertonen waaronder bijvoorbeeld acculturatiestrategieën.

### 3.5 Literatuur

- Ahmed, S. (2004). *The cultural politics of emotion*. New York, NY: Routledge.
- Akhtar, S. (1999). *Immigration and identity. Turmoil, treatment and transformation*. Northvale, NJ: Jason Aronson Inc.
- Anderson, J., Moeschberger, M., Chen, M.S., Kunn, P., Wewers, M.E., & Guthrie, R. (1993). *An acculturation scale for Southeast Asians*. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 28, 134-141.
- Bala, J. (1999). In de marge van de psychotherapeutische optiek. In A. van Waning (Red.), *Multiculturele samenleving en psychoanalyse* (pp. 53-61). Assen: Van Gorcum.
- Banning, H. (1986). *Welzijnswerk ten dienste van migranten. Een terreinverkenning*. Baarn: PM reeks.
- Barnouw, V. (1979). *Culture and personality* (3rd Ed.). Homewood, IL: The Dorsey Press.
- Baycili, S. (2000). Migrantenliteratuur: Hype of kennisbron? In J. van den Bogaard & M. Can (Red.), *Over de grens. Psychische hulpverlening aan allochtonen* (pp. 65-74). Tilburg: Dutch University Press.
- Bekum, D. van, Ende, M. van den, Heezen, S., & Hijmans van den Bergh, A. (1996). Migratie als transitie: De liminele kwetsbaarheid van migranten en implicaties voor de hulpverlening. In J. de Jong & M. van den Berg (Red.), *Transculturele psychiatrie en psychotherapie. Handboek voor hulpverlening en beleid* (pp. 3-13). Lisse: Swets & Zeitlinger Publishers.
- Berry, J.W. (1992). Acculturation and adaptation in a new society. Special issue Migration and Health in the 1990's. *International Migration*, 30, 69-87.
- Berry, J.W. (1997). Immigration, acculturation, and adaptation. *Applied Psychology: An International Review*, 46, 5-34.
- Berry, J.W., Poortinga, Y.H., Segall, M.H., & Dasen, P.R. (2006). *Cross-cultural psychology. Research and applications*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Boedjarath, I., Can, M., Dekker, K., & Jong, L. de (1990). *Cursus Psychosomatiek*. Programma van de GVO- bijscholingscursus, Psychosomatische klachten t.b.v. de kadervrouwen gezondheidsvoorlichting. Den Haag: GG&GD.
- Bogaard, J. van den (2000). Migrantenliteratuur: Hype of kennisbron? Psychische problematiek in migranten literatuur. In J. van den Bogaard & M. Can (Red.), *Over de grens. Psychische hulpverlening aan allochtonen* (pp. 57-64). Tilburg: Dutch University Press.
- Bourhis, R.Y., Moise, L.C., Perreault, S., & Sénécal, S. (1997). Towards an interactive acculturation model: A social psychological approach. *International Journal of Psychology*, 32, 369-386.

- Breugelmans, S.M. (2000). *Lokaal draagvlak voor gastvrijheid. Meting van de acceptatie van allochtonen in de gemeente Tilburg*. Tilburg: Wetenschapswinkel van de Katholieke Universiteit Brabant.
- Brinkgreve, C. (1999). Wij en zij. Of: Vive nous, à bas les autres. In A. van Waning (Red.), *Multiculturele samenleving en psychoanalyse* (pp. 91-98). Assen: Van Gorcum.
- Can, M. (1998). Psychotherapeutische methodiek. In J.E. de Neef, J. Tenwolde, & K.A.A. Mouthaan (Red.), *Handboek interculturele zorg* (pp. 8/15-8/51). Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom.
- Can, M. (2000). *Leren omgaan met je depressie. Een doe-het-zelfmethode voor je psychische welzijn in drie stappen*. Utrecht: A.W. Bruna.
- Cheng, A.T., & Hsu, M. (1995). Development of a new scale for measuring acculturation: The Taiwan Aboriginal Acculturation Scale (TAAS). *Psychological Medicine*, 25, 1281-1287.
- Cuellar, I., Harris, L.C., & Jasso, R. (1980). An acculturation scale for Mexican American normal and clinical populations. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 2, 199-217.
- Deraeck, G. (1999). *Culturen in meervoud. Aspecten van intercultureel (ped)agogisch handelen in onderwijs, vormingswerk en hulpverlening*. Leende: Damon/Kritak.
- Dijk, R. van (1997). Migratie en het verloren paradijs. In I. Boedjarath & D.van Bakkum (Red.), *Een blik in de transculturele hulpverlening. Vijftien jaar ervaring met verlies en verrijking* (pp. 11 -21). Utrecht: Jan van Arkel.
- Dijk, R. van (1998). Etnische minderheden en hun gezondheid. In R. Penninx, H. Münstermann, & H.B. Entzinger (Red.), *Etnische minderheden en de multiculturele samenleving* (pp. 393-420). Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Dunphy, G. (2001). Migrant, emigrant, immigrant. Recent developments in Turkish-Dutch literature. *Neophilologus*, 85, 1-23.
- Frijda, N. H. (1986). *The emotions. Studies in emotions and social interaction*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Frijda, N. H. (1993). The place of appraisal in emotion. *Cognition and Emotion*, 7, 357-387.
- Goleman, D. (2000). *Emotionele intelligentie. Emoties als sleutel tot succes*. Amsterdam: Olympus Pockets.
- Graafsma, T., & Tiekens, J. (1987). Leven in een 'condición migrante'. In P.A.Q.M. Lamers (Red.), *Hulpverlening aan migranten: De confrontatie van culturen in de geestelijke gezondheidszorg* (pp. 26-34). Alphen aan den Rijn/Brussel: Samson Stafleu.
- Grinberg, L., & Grinberg, R. (1990). Een psychoanalytisch onderzoek naar migratie; pathologische en niet- pathologische aspecten. *Psychotherapeutisch Paspoort*, 4, 1.97-1.123.

- Harris, A.C., & Verven, R. (1996). The Greek-American Acculturation Scale: Development and validity. *Psychological Reports*, 78, 599-610.
- Hermans, H.J.M., & Kempen, H.J.H. (1998). Moving cultures: The perilous problems of cultural dichotomies in a globalizing society. *American Psychologist*, 53, 1111-1120.
- Hertz, D.G. (1997). Psychological and psychosocial adjustment of migrants: Families in a changing environment. In M.A.L. van Tilburg & A.J.J.M. Vingerhoets (Red.), *Psychological aspects of geographical moves: Homesickness and acculturation stress* (pp. 83-101). Tilburg: Tilburg University Press.
- Hutnik, N. (1991). *Ethnic minority identity. A social psychological perspective*. Oxford: Clarendon.
- Korrelboom, C.W. (2000). Beknopte inleiding over emoties en (een beetje) over culturen. *Culturen binnen psychiatriemuren. Deel VIII*. Symposiumverslag Emoties in Transcultureel Perspectief. 27 januari. Oegstgeest.
- Kraaimaat, F.W., & Bergh, O. van den (2006). Negatieve emoties en lichamelijke aandoeningen. In A.A. Kaptein, R.A.M. Erdman, J.B. Prins, & H.B.M. van de Wiel (Red.), *Medische psychologie* (pp. 104-127). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Landrine, H., & Klonoff, E.A. (1994). The African American Acculturation Scale: Development, reliability, and validity. *Journal of Black Psychology*, 20, 104-127.
- Latuheru, E.J., Vries, E.M. de, & Jong, M.J. de (1994). *Integratie belemmerd? Een onderzoek naar belemmerende factoren bij de integratie van Turken, Koerden en Marokkanen in Nederland*. RISBO. Rotterdam: Erasmus Universiteit.
- Leininger, A. (2002). Vietnamese-American personality and acculturation: An exploration of relations between personality traits and cultural goals. In R.R. McCrae & J. Allik (Red.), *The five-factor model of personality across cultures* (pp. 197-222). New York, NY: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Marin, G., Sabogal, F., Marin, B.V., & Otero-Sabogal, R. (1987). Development of a short acculturation scale of Hispanics. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 9, 183-205.
- Matsumoto, D. (2000). *Culture and psychology, People around the world*. Belmont, CA: Wadsworth.
- Mesquita, B. (1996). Emoties vanuit een cultureel perspectief. In J. de Jong & M. van den Berg (Red.), *Transculturele psychiatrie en psychotherapie. Handboek voor hulpverlening en beleid* (pp. 101-113). Lisse: Swets & Zeitlinger Publishers.
- Mesaros, A.F. (1961). Types of displacement reactions among the post revolution Hungarian immigrants. *Canadian Psychiatric Association Journal*, 6, 9-19.
- Meurs, P., & Cluckers, P. (1998). Herstel van 'verwevenheid' met cultuur van herkomst. Migrantengezinnen op zoek naar 'herworteling'. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek, Kinderpsychiatrie en Klinische Kinderpsychologie*, 23, 3-19.

- Mooren, T., Knipscheer, J., Kamperman, A., Kleber, R., & Komproe, I. (2001). The Lowlands Acculturation Scale. Validity of an adaptation measure among migrants in The Netherlands. In T.M. Mooren (Red.), *The impact of war* (pp. 49-68). Delft: Eburon Publishers.
- Oatley, K. (2004). *Emotions: A brief history*. Oxford: Blackwell Publishing.
- Phalet, K. (1998). Culturen verbinden. Groepsgesprekken met Turkse en Marokkaanse migrantenmoeders. In P. Meurs & A. Gailly (Red.), *Wortelen in andere aarde. Migrantgezinnen en hulpverleners ontmoeten cultuurverschil* (pp. 31-42). Leuven/Amersfoort: Acco.
- Phalet, K., & Verkuyten, M. (2001). Acculturatiemetingen. In N. Bleichrodt & F. van de Vijver (Red.), *Diagnostiek bij allochtonen. Mogelijkheden en beperkingen van psychologische tests* (pp. 177-198). Lisse: Swets & Zeitlinger Publishers.
- Phinney, J. (1992). The Multigroup Ethnic Identity Measure: A new scale for use with diverse groups. *Journal of Adolescent Research*, 7, 156-176.
- Redfield, R., Linton, R., & Herskovits, M. (1936). Memorandum on the study of acculturation. *American Anthropologist*, 38, 149-152.
- Rezentes, W.C. (1993). Na Mea Hawai'i: A Hawaiian acculturation scale. *Psychological Reports*, 73, 383-393.
- Scheffer, P. (2008). *Het land van aankomst*. Amsterdam: De Bezige Bij.
- Schuringa, L. (2001). *Omgaan met diversiteit. Een uitdaging*. Soest: Uitgeverij H. Nelissen.
- Sciarra, D.T. (1999). *Multiculturalism in counseling*. Itasca, IL: Peacock Publishers.
- Smith, P.B., Bond, M.H., & Kağitçibaşı, Ç. (2006). *Understanding social psychology across cultures. Living and working in a changing world*. London: Sage Publications.
- Sterman, D. (1996). *Een olijfboom op de ijsberg. Een transcultureel-psychiatrische visie op en behandeling van de problemen van jonge Noord- Afrikanen en hun families*. Utrecht: Nederlands Centrum Buitenlanders.
- Sterman, D. (1999). Toen grootmoeders klok in vreemde handen viel. In A. van Waning (Red.), *Multiculturele samenleving en psychoanalyse* (pp. 45-52). Assen: Van Gorcum.
- Sternberg, E.M. (2001). *Innerlijk evenwicht: Emoties & gezondheid*. Utrecht: Het Spectrum.
- Suinn, R.M., Rickard-Figueroa, K., Lew, S., & Vigil, P. (1987). The Suinn-Lew Asian Self-Identity Scale: An initial report. *Educational and Psychological Measurement*, 47, 400-407.
- Thung, F.H. (2000). Geestmodellen en modelgeesten. Verklarende modellen in de transculturele psychiatrie. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 55, 528-539.
- Tjin A Djie, K., & Zwaan, I. (2007). *Beschermjassen, transculturele hulp aan families*. Assen: Van Gorcum.



- Tropp, L.R., Erkut, S., Coll, C.G., Alarcon, O., & Garcia, H.A.V. (1999). Psychological acculturation: Development of a new measure for Puerto Ricans on the US mainland. *Educational and Psychological Measurement*, 59, 351-367.
- Vedder, P., & Vijver, F. van de (2003). De acculturatie en adaptatie van migrantenjongeren in Nederland. Een vergelijkende studie. *Migrantenstudies, Themanummer Jeugd*, 19, 252-265.
- Verdaasdonck, H. (2000). Migrantenliteratuur: Hype of kennisbron? In J. van den Bogaard & M. Can (Red.), *Over de grens. Psychische hulpverlening aan allochtonen* (pp. 53-56). Tilburg: Dutch University Press.
- Verkuyten, M. (1999). *Etnische identiteit. Theoretische en empirische benaderingen*. Amsterdam: Het Spinhuis.
- Vervaeke, G.A.C., Bouman, T.K., & Visser, S. (1997). Protocollaire behandeling van patiënten met hypochondrie: Cognitieve therapie. In G.P.J. Keijsers, A. van Minnen, & C.A.L. Hoogduin (Red.), *Protocollaire behandelingen in de ambulante geestelijke gezondheidszorg* (pp. 62-95). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Visser, S., & Bouman, T.K. (1994). Cognitieve therapie bij hypochondrie: Een n=2-studie. *Gedragstherapie*, 2, 345-367.
- Visser, S., Geurtsen, G., & Bouman, T.K. (1990). Hypochondrie: Irrationale angst voor ernstige ziekten. *Directieve Therapie*, 10, 316-327.
- Voestermans, P., & Verheggen, T. (2007). *Een cultuurpsychologisch perspectief op patronen in gedrag. Cultuur & Lichaam*. Open Universiteit Nederland. Malden: Blackwell Publishing.
- Vos, G.A. de (1995). Ethnic pluralisme: Conflict and accommodation. The role of ethnicity in social history. In L. Romanucci-Ross & G. de Vos (Red.), *Ethnic identity. Creation, conflict, and accomodation* (pp. 15-47). (3th ed.). Walnut Creek, CA: Alta Mira Press.
- Yahyaoui, A. (1990). *Workshop La corde raide*. Parijs 1990.
- Waning, A. van (1999). Over cultuur en zelfbeleving. In A. Van Waning (Red.), *Multiculturele samenleving en psychoanalyse* (pp. 17-25). Assen: Van Gorcum.
- Ward, C., & Kennedy, A. (1993). Psychological and socio-cultural adjustment during cross-cultural transitions. *International Journal of Psychology*, 28, 129-147.
- Westerborg, M. (1999). Het beste van twee werelden- het onvermogen tot rouwen door ambivalentieconflicten. In A. Van Waning (Red.), *Multiculturele samenleving en psychoanalyse* (pp. 37-44). Assen: Van Gorcum.
- White, C., & Boucke, L. (2003). *The undutchables. Leven in Holland* (24e druk). Amsterdam: Nijgh & Van Ditmar.
- Zwingmann, C. A. A. (1959). "Heimweh" or "nostalgic reaction": A conceptual analysis and interpretation of a medico-psychological phenomenon. Ann Arbor, MI: University Microfilm.

# 4

Het ontwikkelen van de Vragenlijst  
'Beleving van Migrant zijn'  
(VBM)





## 4.1 Inleiding

In Hoofdstuk 3 werd aandacht besteed aan het theoretische kader rond de emotionele beleving van migrant zijn. In dit hoofdstuk wordt allereerst de ontwikkeling beschreven van een instrument om dit belevingsaspect van migrant zijn bij Turken in Nederland te meten: de *Vragenlijst Beleving van Migrant zijn* (VBM). In het kader van validering van de VBM wordt vervolgens aandacht besteed aan relaties met de andere twee hoofdonderwerpen: psychische gezondheid en Kwaliteit van Leven.

## 4.2 Doelstelling van deze vragenlijst

Het kunnen vaststellen van de 'beleving van migrant zijn' dient om Turken, die de grootste groep minderheden in Nederland vormen, beter te begrijpen door de mogelijkheid om aan te kunnen sluiten bij hun belevings- en verwachtingsniveau. Dit is tevens een belangrijk uitgangspunt voor verschillende pogingen om de Kwaliteit van Leven bij deze groep te verhogen. Het hebben van inzicht hierin kan positieve bijdragen leveren in verschillende sectoren van het leven, zoals: zorg, welzijn, arbeid, onderwijs, enzovoort. Op grond van deze kennis kan nagegaan worden welke gevoelens aanleiding kunnen zijn voor een bepaald gedrag. Dit belevingsaspect is een actieve factor die niet alleen door andere factoren, sociaaleconomische, sociaal-culturele, psychosociale en dergelijke, beïnvloed wordt, maar juist ook andere factoren beïnvloedt. In veel gevallen zal deze beleving de drijfveer zijn achter het doen en laten. Daarom hebben we meer dan in de eerder genoemde (acculturatie) vragenlijsten in Hoofdstuk 3, nadruk gelegd op dit belevingsaspect. We zijn, los van zulke vragenlijsten in andere talen en culturen, van mening dat zelfs in de meest herkenbare vragenlijst voor het meten van acculturatie in Nederland, de Lowlands Acculturation Scale (Mooren, Knipscheer, Kamperman, Kleber, & Komproe, 2001) er vrij weinig aandacht wordt besteed aan het belevingsaspect en meer aan het gedragsaspect. Het is daarom de moeite waard om deze verbanden nader te onderzoeken, specifiek bij onze Turkse doelgroep. Het belevingsaspect is de kern, de motor achter het bestaan van migranten. Hier kan grotendeels de verklaring voor de problemen van migranten gevonden worden en dan met name hun eigen aandeel daarin. Mogelijk kan het ook bijdragen aan de oplossingen daarvan.

Een ander doel is om met dit instrument de emotionele toestand van Turkse migranten in kaart te brengen en aan de hand daarvan de mogelijke risico's in te schatten voor het ontwikkelen van psychische klachten. Bovendien zou deze vragenlijst ook een mogelijk hulpmiddel kunnen zijn bij de indicatiestelling voor interventies, gericht problemen leren oplossen, anders leren omgaan met de negatieve invloeden van migratie en migrant zijn, enzovoort.

### 4.3 Vraagstellingen

We vroegen ons af hoe Turkse deelnemers van het huidige onderzoek het migrant zijn beleven. Verder vroegen we ons af welke componenten dit beleavingsaspect heeft. Een bijkomende vraag was of deze componenten te meten zouden zijn door middel van een vragenlijst. De vraag was met name of constatering op basis van de literatuur aangaande negatieve kanten als verlies/ verarming of positieve kanten als verrijking in het ervaren van het migrant terug te vinden zouden zijn. Een andere kwestie was of er (significante) verschillen zouden zijn tussen de GGZ-populatie en de Algemene Populatie van Turken in Nederland (AP). Ook was het de vraag of mannelijke en vrouwelijke respondenten van elkaar zouden verschillen. Doel was ook om na te gaan welke verbanden er zouden bestaan tussen de beleving van migrant zijn enerzijds en het hebben van psychische klachten en het niveau van Kwaliteit van Leven anderzijds.

### 4.4 De hypotheses

Om de doelstelling en vraagstelling van dit hoofdstuk te verduidelijken, zijn de volgende hypotheses geformuleerd.

- Gezien de vele negatieve kanten van het migrant zijn die in de literatuur worden beschreven, is het te verwachten dat er meer negatieve dan positieve gevolgen zullen zijn van het migrant zijn.
- Er bestaan significante verschillen tussen de GGZ-populatie en de AP wat betreft de beleving van het migrant zijn in zijn algemeenheid en ten aanzien van afzonderlijke componenten daarvan.
- De GGZ- populatie zal meer negatief getinte beleavingsaspecten aangeven dan de AP van Turken in Nederland.
- Eerder onderzoek heeft aangetoond dat vrouwelijke respondenten een meer negatieve beleving hebben dan mannelijke respondenten; het is de verwachting dat dit ook in het huidig onderzoek het geval zal zijn.
- Er bestaat een positieve relatie tussen de beleving van migrant zijn, psychische gezondheid en Kwaliteit van Leven: hoe positiever migratie beleefd wordt, des te hoger is de psychische gezondheid en des te beter de Kwaliteit van Leven.

### 4.5 Dataverzameling en dataverwerking

Om de beleving van het migrant zijn te meten, is een vragenlijst ontwikkeld: de 'Vragenlijst Beleving van Migrant zijn' (VBM) welke door de hele steekproef ( $N=429$ ) is ingevuld. Gedurende het ontwikkelingsproces hebben we gebruik gemaakt van een adviesgroep/expertpanel. Hieronder wordt het ontwikkelproces uitgebreid beschreven. Voor de statisti-

sche analyses werd gebruik gemaakt van het Statistical Package for Social Sciences version 12.0 (Huizingh, 2004; SPSS, 2004).

## 4.6 Voortraject

Gesteund door klinische ervaring en de uitkomsten van de bestudering van de literatuur, werden zoveel mogelijk onderwerpen geïdentificeerd die voor allochtonen/migranten relevant zijn in verband met hun leven in Nederland. Het gaat om topics waarmee zij in hun dagelijkse leven te maken hebben en waarvan de invloeden ook terug te vinden zijn in hun manier van denken, voelen en zich gedragen, ook met betrekking tot hun eventuele psychopathologie. Hieronder vallen ook acculturatievariabelen, zoals acculturatiecondities, acculturatievormen en -dimensies en het resultaat van het acculturatieproces (Berry, 1992, 1997; Phalet & Verkuyten, 2001). Het gaat dus om de belangrijke, gemeenschappelijke kenmerken van migranten en het migrant zijn in de Nederlandse samenleving. Het allereerste resultaat was een globale 'topics pool'. Deze topics dienden zoveel mogelijk over de *beleving* te gaan. Gebruikmakend van een eerdere studie van de onderzoeker (Can, 2002) en na raadpleging van collega's die frequent met allochtonen werken, werden deze onderwerpen geordend in 16 domeinen. Deze domeinen werden in een later stadium nader uitgewerkt in termen van facetten. Het ging uiteindelijk om 63 facetten. Deze werden uitgewerkt in 200 items. Het aantal items (vragen c.q. uitspraken) per facet varieerde van 1 tot 12. Tabel 4.1 geeft een overzicht van de verschillende domeinen en de bijbehorende facetten.

Tabel 4.1 Overzicht van de Eerste Indeling in Domeinen (D) en Facetten (F)

Domein	
D-1	Angst en Achterdocht
F-9	Angst voor afwijzing door autochtonen
F-22	Angst voor autochtonen
F-24	Angst voor de cultuur van autochtonen
F-41	Achterdocht en wantrouwen
F-3	Onderling wantrouwen
F-37	Angst jegens landgenoten hier
F-57	Onderlinge jaloezie
D-2	Sociaal Isolement
F-17	Opvallen in negatieve zin
F-2	Geïsoleerd leven
D-3	Problemen en Conflicten
F-1	Aanpassingsproblemen
F-6	Generatieconflicten
F-52	Relatieproblemen
F-40	Psychosociale stressoren
F-32	Identiteitsconflicten
F-7	Ervaringen met gediscrimineerd worden

Tabel 4.1 Overzicht van de Eerste Indeling in Domeinen (D) en Facetten (F) (vervolg)

Domein	
D-4	Subassertiviteit en Sociale Teruggetrokkenheid
F-12	Subassertieve trekken
F-39	Minderwaardigheidsgevoelens
F-59	Externaliserend bezig zijn
F-61	Negatief zelfconcept
F-62	Agressieve manier van ontspanning
F-63	Moelijkheden met vrijetijdsinvulling
D-5	Oriëntatie op het Thuisland en het Verleden
F-4	Oriëntatie op het land van herkomst
F-20	Ontwikkelingen volgen in het land van herkomst
F-14	Oriëntatie op het verleden (in plaats van hier en nu)
F-19	Denken aan en piekeren over familie in het land van herkomst
F-60	Niet kunnen genieten van de mogelijkheden in Nederland
F-42	Schuldgevoelens ten aanzien van achterblijvers in het thuisland
D-6	Onduidelijke Toekomstverwachting
F-5	Toekomst niet kunnen inschatten
D-7	Zich in Nederland niet Thuis Voelen
F-10	Zich in Nederland nergens op zijn/haar gemak voelen
F-16	Samen, maar eenzaam / alleen zijn
F-18	Gevoel van er niet bij horen
F-27	Ontheemding
F-34	Ontworteling
F-25	Gevoel van vreemd/ anders zijn
D-8	Behoudender (Achtergebleven) zijn
F-23	Behoudender zijn/ worden
F-51	Gesloten opstelling
F-50	Het hebben van achterstand
F-48	Neiging tot materialist zijn
F-49	Vooroordelen hebben
D-9	Verlies en Rouw
F-26	Gevoel van rouw
F-31	Gekrenkte trots
F-33	Verlies van referentiekaders
F-43	Betrekkelijke rijkdom
F-8	Angst voor verlies
F-36	Erosie in (oorspronkelijke) waarden en normen
D-10	Sombere Ondertoon en Psychosomatiek
F-28	Gevoel van leegte
F-45	Verdrietig/geprimeerd en gefrustreerd zijn
F-46	Boosheid en machteloosheid voelen
F-56	Kwetsbaarheid ervaren
F-58	Vroegtijdige deelname aan het arbeidsproces
F-55	Zich zorgen maken over de eigen gezondheid
D-11	Heimwee
F-30	Het missen van het land van herkomst, familie en dergelijke

Tabel 4.1 Overzicht van de Eerste Indeling in Domeinen (D) en Facetten (F) (vervolg)

Domein	
D-12	Positie tussen Wal en Schip
F-44	Nergens echt bij horen
F-38	Zich nergens op zijn/haar gemak voelen, ook niet in het land van herkomst
D-13	Saamhorigheid
F-21	Contacten met landgenoten hier
F-54	Wens om en gevoel van saamhorigheid
D-14	Ambivalentie en Loyaliteitsconflict
F-35	Ambivalentie zowel ten aanzien van het land van herkomst als ten opzichte van het huidige land
F-47	Loyaliteitsconflicten
F-53	Gastvrijheid
D-15	Lager Inkomen, Beroeps- en Onderwijsniveau (LIBO)
F-11	Passieve, afhankelijke opstelling
F-15	Neiging tot non- verbale communicatie
F-59	Externaliserend bezig zijn
D-16	Leren (Over)leven in de Nieuwe Omgeving/Migratie als (Materiële en Immateriële) Verrijking Ervaren
F-13	Betere positie
F-29	Mogelijkheden voor zelfverwezenlijking
F-43	Betrekkelijke rijkdom

## 4.6.1 Adviesgroep/Expertpanel

Om op wetenschappelijke wijze een uiteindelijke selectie van items (vragen en uitspraken) te kunnen maken, werd een adviesgroep/expertpanel gecreëerd, bestaande uit 60 mensen met deskundigheid ten aanzien van verschillende aspecten van het leven als allochtoon/migrant in het algemeen en specifiek als Turk (bijvoorbeeld: deskundigen uit de eerste- en tweedelijns-hulpverlening aan allochtonen, deskundigen op het gebied van taal, ervaringsdeskundigen met de allochtone gemeenschap, functionarissen bij verschillende instellingen van en voor allochtonen). Bij het samenstellen van het panel werd er gezorgd voor voldoende variatie in geslacht en leeftijd. Verder werd ervoor gezorgd dat er zowel autochtonen als allochtonen aan deelnamen. Het opleidingsniveau varieerde van basisschool tot universitaire opleidingen.

Om praktische redenen, zoals tijd en de moeilijkheid om bij elkaar te kunnen komen, werd gekozen om schriftelijk te communiceren, per brief en per e-mail. Uiteindelijk bleven er 50 mensen (83%) over die actief meededen (d.i. de vragenlijst invullen en retourneren). Zesentwintig deelnemers (52%) hadden een Nederlandse achtergrond en 24 (48%) een Turkse. De groep van Nederlandse deskundigen bestond uit 13 vrouwen (50%) en 13 mannen (50%) en de groep met Turkse deskundigen bevatte 13 mannen (54%) en 11 vrouwen (46%). Van de 50 deskundigen hebben uiteindelijk 40 (80%) de vragenlijst volledig ingevuld. Van de



Nederlandse deskundigen hadden vijf personen de vragenlijst niet ingevuld, maar er wel kanttekeningen en opmerkingen aan toegevoegd. Van de Turkse deskundigen hadden twee leden de vragenlijst slechts half ingevuld en opmerkingen gegeven, terwijl twee leden de lijst niet hadden ingevuld, maar wel suggesties hadden gedaan.

Aan de leden van het panel zijn in verschillende rondes de hierboven genoemde 16 domeinen, 63 facetten en 200 items ter kritische beoordeling voorgelegd, waarbij tevens om suggesties gevraagd werd. De leden werden verzocht om deze items op basis van de volgende criteria te selecteren en aan de hand van een driepuntsschaal (+ = *goed* (2); ? = *onzeker* (1); - = *niet goed* (0)) te beoordelen op (i) volledigheid qua inhoud en aantal; (ii) herkenbaarheid; (iii) inhoudelijke kwaliteit; (iv) helderheid van formulering en begrijpelijkheid; (v) reikwijdte; (vi) originaliteit. Ook werd gevraagd om (vii) verdere op- en aanmerkingen, correcties, aanvullingen en eventuele alternatieve formuleringen te geven.

#### 4.6.2 Tweede ronde

In de tweede ronde werd de adviesgroep/ expertpanel verzocht om de correcties op 16 domeinen en 63 facetten te beoordelen. Nadat dit gebeurd was, hebben we geprobeerd deze domeinen en facetten om te zetten in 200 items (vragen en uitspraken); dit werd ook weer ter kritische beoordeling aan de adviesgroep voorgelegd.

#### 4.6.3 Derde ronde

Naar aanleiding van ons verzoek hebben de leden van het panel hun mening op verschillende manieren kenbaar gemaakt met betrekking tot de voorlopige lijst van 200 items (vragen en uitspraken). Sommigen maakten gebruik van alle criteria, anderen van enkele daarvan en weer anderen hebben ieder item aan de hand van deze criteria beoordeeld. Verder maakten sommige experts extra kanttekeningen en gaven zij tal van aanvullende suggesties. Een aantal hiervan werd overgenomen voor de definitieve formulering van de items. Besloten werd om uiteindelijk de items met relatief hoge scores over te houden. Naar aanleiding van de binnen gekomen reacties werden uiteindelijk 95 items geselecteerd die de meeste punten scoorden op basis van de bovengenoemde driepuntsschaal.

#### 4.6.4 Vierde ronde

De geselecteerde 95 items vormden de voorlopige versie van de Vragenlijst Beleving van Migrant zijn (VBM). Alle items werden vertaald in het Turks, eerst door de Turkse onderzoeker (MC) en later door een officiële tolk van het tolkencentrum. Voor de scoring van het instrument werd gebruik gemaakt van een vijf puntsschaal (1= *helemaal niet herkenbaar voor de populatie*; 2= *weinig herkenbaar*; 3= *herkenbaar*; 4= *redelijk herkenbaar*; 5= *zeer herkenbaar*). Vervolgens werd deze versie van de vragenlijst voorgelegd aan 22 Turkse men-

sen, zowel professionals (60%) in de verschillende sectoren (vooral welzijn en onderwijs) als mensen uit de algemene populatie die op *ad hoc* basis werden benaderd in Turkse winkels (20%), in moskeeën (20%), op straat (20%), bij basisscholen (15%) en in buurthuizen (25%) voor beoordeling van de geschiktheid van de items op basis van de eerder voorgestelde criteria. Van die mensen hebben er 16 (73%) uiteindelijk de volledig ingevulde vragenlijst teruggestuurd en 6 (27%) niet. Dertien personen hadden er ook bruikbare aanvullende opmerkingen bij geplaatst. De uiteindelijke groep van 16 mensen bestond uit zeven mannen en negen vrouwen. Op basis van de beoordeling en het commentaar van deze groep mensen werd de vragenlijst bijgesteld (ook qua formulering van sommige vragen, het positief of juist negatief formuleren, controlevragen, enzovoort.).

### 4.6.5 Vijfde ronde

De voorlopige, laatste versie van de vragenlijst werd in het kader van een proefafname aan 10 Turken voorgelegd. Deze groep bestond uit vijf cliënten van de GGZ en vijf Turkse mensen uit de Algemene Populatie van Turken in Nederland, die op de hierboven (4<sup>e</sup> ronde) genoemde wijze werden gerekruteerd. Het ging om vijf vrouwen en vijf mannen. Deze afname leverde geen problemen, op- of aanmerkingen meer op. Daarom werd besloten om af te zien van verdere aanpassingen en verfijningen.

## 4.7 Onderzoeksprocedure

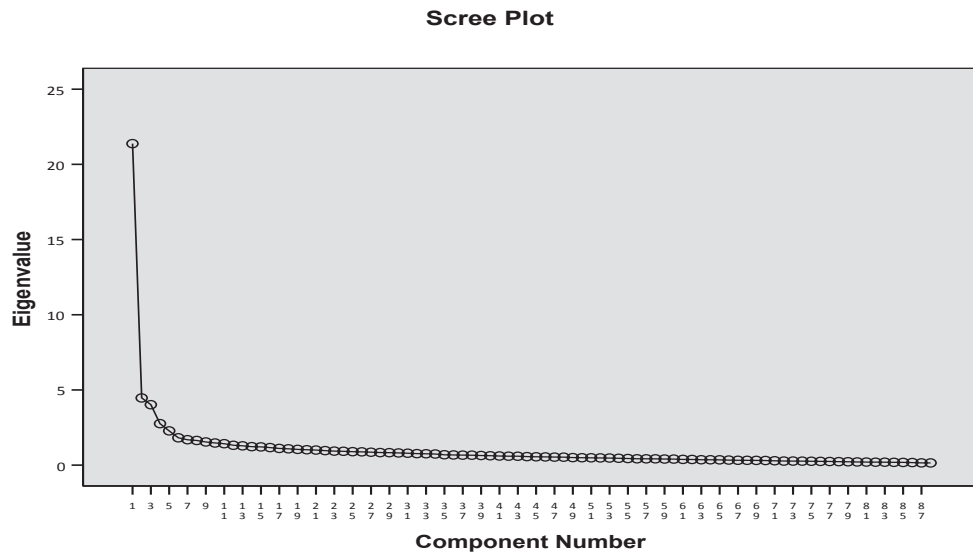
De eerste, complete versie van de Vragenlijst Beleving van Migrant zijn (VBM) werd samen met de SCL-90, de NEO-PI-R, de WHOQOL-100 en een Biografische Anamneselijst aan de respondenten van het huidige onderzoek voorgelegd ( $N=429$ ). Hieronder volgt een overzicht van de analyses.

### 4.7.1 Factoranalyse

Voorafgaand aan de factoranalyse van de VBM-items zijn in eerste instantie enige item-karakteristieken onderzocht. Zowel de *Kurtosis* als de *Skewness* werden onderzocht. Een aantal items met te hoge Kurtosis (cutting point  $> 1.25$  in absolute waarde) werd verwijderd. Er werden geen items verwijderd op grond van scheefheid. Wel is Item 86 niet geselecteerd voor de definitieve vragenlijst in verband met inhoudelijke redenen en niet op basis van statistische overwegingen.

Met behulp van de Scree test van Cattell (1966) werd vastgesteld dat een oplossing met vijf factoren aangewezen was (Zie Figuur 4.1). Tabel 4.2 geeft een overzicht van de verklaarde variantie door deze vijf factoren die met behulp van een Principale Componenten Analyse (PCA) en Varimax-rotatie werden geïdentificeerd (Tabel 4.3).

Figuur 4.1. Scree Plot voor de Factor analyse van de VBM-items



Tabel 4.2 Eigenwaarden, Verklaarde Variantie en Cumulatieve Verklaarde Variantie voor de VBM-Factoren

Factor	Eigenwaarde	Verklaarde Variantie	Cumulatieve Verklaarde Variantie
1	21.40	24.30	24.30
2	4.47	5.08	29.38
3	4.02	4.57	33.94
4	2.76	3.13	37.08
5	2.28	2.59	39.67

*Noot. Factor 1= Afwijzing en Gebrek aan Acceptatie; Factor 2= Verlieservaringen, Verwarring en Onzekere Identiteiten; Factor 3= Oriëntatie op het Land van Herkomst en Gerichtheid op het Verleden; Factor 4= Onderling Wantrouwen, Achterdocht, Loyaliteitsconflicten en Zich Distantiëren van Landgenoten; Factor 5= Verrijking, Uitdaging en Tevredenheid in Nederland.*

Tabel 4.3 bevat de factorladingen van alle items.

Tabel 4.3 Factorladingen van de VBM- items (Principale Componenten Analyse met Varimax- rotatie)

Items	Factoren				
	1	2	3	4	5
56. Het voelt zo aan alsof Nederlanders op ons neerkijken.	<b>0.73</b>				
34. Nederlanders zien mij nog steeds als een migrant of buitenlander.	<b>0.73</b>				
75. Ik voel me in Nederland vaak een tweederangsburger.	<b>0.72</b>				
38. Ik heb vaker het gevoel dat Nederlanders mij niet op mijn juiste waarde schatten.	<b>0.70</b>				
86. Ik denk dat Nederlanders er nog steeds moeite mee hebben dat we hier blijven.	<b>0.68</b>				
07. Ik voel me buiten de Nederlandse maatschappij staan.	<b>0.66</b>				
10. Bij Nederlanders heb ik het gevoel dat ze me zullen afwijzen, omdat ik minder goed Nederlands spreek en/of omdat ik anders ben.	<b>0.65</b>				
35. Ook al woon ik hier al jaren, toch voel ik me nog een vreemdeling.	<b>0.65</b>				
06. Ik ben wel eens gediscrimineerd, omdat ik een buitenlander ben.	<b>0.62</b>				
49. Ik voel me vernederd, omdat ik in Nederland niet word geaccepteerd op mijn eigen niveau van werk en opleiding.	<b>0.58</b>				
64. Ik heb oppervlakkig contact met Nederlanders, omdat ik ze niet vertrouw.	0.58				
25. Ik denk dat de autochtonen mij niet kunnen begrijpen.	0.52				
21. Ik leef in de Nederlandse samenleving, maar heb het gevoel dat ik er niet echt bij hoor.	0.51				
14. In het contact met Nederlanders laat ik niet zien wat ik echt voel.	0.50				
27. Ik ga niet graag naar de feesten van Nederlanders, omdat ik bang ben fouten te maken en/of bang ben op te vallen.	0.42				
81. Wat ik doe, is helemaal niet belangrijk voor de Nederlandse maatschappij.	0.41				
04. Ik weet niet of ik mijn hele verdere leven in Nederland zal blijven.	0.35				
45. Ik weet soms niet vanuit welk referentiekader van welke cultuur ik een bepaalde situatie moet beoordelen.		<b>0.64</b>			
63. Ik voel me vaak tussen wal en schip.	0.45	0.61			
32. Ik vraag me vaker af wat ik eigenlijk ben: een Turk, een Nederlander, een Turkse Turk of een Nederlandse Turk.		<b>0.60</b>			

Tabel 4.3 Factorloadingen van de VBM- items (Principale Componenten Analyse met Varimax- rotatie) (vervolg)

Items	Factoren				
	1	2	3	4	5
53. Er veranderen veel dingen in mijn omgeving (bij mijn kinderen, partner en andere mensen) waarover ik geen zeggenschap meer heb.		<b>0.57</b>			
51. Tijdens vakanties merk ik dat ik ook in mijn land van herkomst een toerist of buitenlander ben.		0.54			0.37
47. Ik zeg tegen iedereen dat ik het goed maak, maar van binnen weet ik dat dit niet zo is.		0.54		0.50	
54. Ondanks alle mogelijkheden die ik hier in Nederland heb, heb ik toch een gevoel van onveiligheid.	0.42	0.53			
83. Het is vooral de schuld van Nederland dat het nu zo slecht met mij (en/of mijn gezin) gaat.		<b>0.51</b>			
78. Ik denk dat mijn psychisch evenwicht verstoord is.	0.35	<b>0.50</b>			
60. Ik heb tot nog toe in Nederland een heel moeilijk leven gehad.		<b>0.50</b>			-0.42
39. Ik heb spijt dat ik naar Nederland ben gekomen.		0.49			
31. Door het werken en het leven als migrant, zijn we in Nederland kapot gemaakt.	0.43	0.49			
52. Ik heb nu meer immateriële dan materiële problemen.		0.49		0.37	
44. Ik mis mijn land van herkomst zo erg dat het lijkt alsof ik in de rouw ben.		0.49	0.44		-0.37
85. Ik voel me als een mislukte migrant.	0.39	0.48		0.36	
37. Ik heb er moeite mee om mijn eigen cultuur en religie op de nieuwe generatie over te brengen.	0.36	0.47			
48. Ik verlang naar de aarde, het weer, het water en zelfs naar de geur in mijn land van herkomst, zodat ik me hier niet op mijn gemak voel.		0.47	0.46		-0.37
71. Ik heb in Nederland veel teleurstellingen moeten verwerken.	0.37	0.46			
41. Ik voel al jaren een leegte in mij, die in Nederland niet meer verdwijnt.	0.35	0.45			
89. Leven in Nederland ervaar ik als een verarming in materiële zin.		<b>0.44</b>			
70. Tijdens vakanties merk ik dat ik ook in mijn land van herkomst gediscrimineerd word.		0.41			-0.39
73. Ik ben niet echt geïnteresseerd in wat er in Nederland gebeurt.		0.39			
58. De sociale controle binnen de eigen kring is heel groot en belemmerend.		0.39			
05. Ik heb veel moeite met de keuzes die mijn kinderen en/of partner maken.		0.37			
82. Ik heb in Nederland veel meer last van (lichamelijke) klachten dan in mijn land van herkomst.		0.37			

66. Vroeger waren Nederlanders aardiger tegen ons dan tegenwoordig.	0.37	
67. Wat ik tot nu toe heb meegemaakt in negatieve zin heb ik niet zelf gekozen, maar is me overkomen.	0.36	
43. Ik aarzel al heel lang tussen in Nederland blijven of teruggaan naar mijn land van herkomst.	0.36	0.36
24. Ik vind het belangrijk om in mijn moedertaal via televisie, radio, internet, kranten en dergelijke geïnformeerd te worden over de ontwikkelingen in mijn land van herkomst.		<b>0.69</b>
23. Ik pieker vaak over mijn familieleden, kennissen en anderen in mijn land van herkomst.		<b>0.69</b>
30. Ik mis hoofdzakelijk de warme en onvoorwaardelijke sociale contacten in mijn land van herkomst.		<b>0.56</b>
33. Het is voor mij in de loop van de jaren steeds belangrijker geworden om vast te houden aan de normen en waarden gewoontes, religie en cultuur uit het land van herkomst.		<b>0.54</b>
62. Met mijn inkomen hier probeer ik ook mijn familie in mijn land van herkomst te helpen.		<b>0.54</b>
16. Ik vind het prettig om regelmatig te denken aan het verleden, toen ik nog in mijn land van herkomst was.		<b>0.50</b>
17. Mijn dagelijkse leven wordt grotendeels bepaald door het volgen van ontwikkelingen in mijn land van herkomst.		<b>0.50</b>
26. Ik doe mijn uiterste best om Turkse waarden en normen, de Turkse taal en cultuur te beleven en door te geven aan jongeren.		<b>0.49</b>
03. Ik vind de normen en waarden, tradities en gewoontes van mijn land van herkomst belangrijker dan de Nederlandse.		<b>0.48</b>
42. Ik heb er soms moeite mee om te aanvaarden dat bepaalde aspecten van mijn oorspronkelijke cultuur, zoals man-vrouw relaties, opvoeding en dergelijke hier in Nederland niet geldig zijn.		<b>0.48</b>
29. Mijn sociale contacten bestaan hoofdzakelijk uit contacten met anderen uit mijn land van herkomst.		0.45
12. Ik voel me verplicht om mijn familie, zelfs neefjes en nichtjes, ooms en tantes en dergelijke, te helpen/te verzorgen.		0.42
57. Soms voel ik me bijna schuldig, als ik eraan denk dat ik het hier zo goed heb en mijn familie of anderen in mijn land van herkomst het zo moeilijk hebben.	0.35	0.39
74. Ik houd altijd rekening met onverwachte gasten, zoals ik dat van huis uit gewend ben.		0.37
08. Ik ben meestal in het gezelschap van anderen, maar toch voel ik me eenzaam.	0.35	<b>0.64</b>
50. Ik kan mijn landgenoten niet vertrouwen.		<b>0.63</b>

19. Diep in mijn hart voel ik me alleen.	0.37	0.63
02. Er is bijna niemand, die ik kan vertrouwen.		<b>0.56</b>
77. Ik doe zonder terughoudendheid een beroep op mijn landgenoten hier in Nederland.		<b>-0.47</b>
72. Nederlanders hebben een andere cultuur en een ander geloof, maar soms zijn ze beter dan mijn landgenoten.		<b>0.47 0.35</b>
80. Ik denk dat er hier in Nederland sprake is van sterke jaloezie tussen mijn landgenoten onderling.		<b>0.46</b>
84. Ik houd afstand van mijn landgenoten, omdat ze niet blij zijn dat het goed gaat met mij en mijn gezin.	0.35	<b>0.44</b>
59. Ik voel me in Nederland op mijn gemak.		<b>0.65</b>
01. Ik ben gewend aan het leven in Nederland.		<b>0.58</b>
15. Ik voel mij in Nederland vrijer dan in mijn land van herkomst om een eigen leven te leiden.		<b>0.54</b>
28. Ik heb in Nederland meer individuele vrijheid dan in mijn land van herkomst.		<b>0.53</b>
95. Ik waardeer mijn tevredenheid met mijn leven in Nederland met een rapportcijfer (tussen 1-heel erg slecht- en 10- heel erg goed-).	-0.37	0.52
88. Leven in Nederland ervaar ik als een verrijking in materiële zin.		<b>0.46</b>
40. Ik kan in Nederland als een volwaardig mens leven.		<b>0.45</b>
76. Tijdens vakanties merk ik dat mensen in mijn land van herkomst van ons proberen te profiteren.		0.36

*Noot. Vermeld zijn: Primaire lading: > 0.40; Secundaire lading: > 0.35. De items waarvan de primaire ladingen vet en cursief zijn weergegeven, zijn uiteindelijk geselecteerd voor de werkversie van de VBM; uitgangspunt was een maximaal aantal items per schaal van 10 en een minimaal aantal items van 5.*

## 4.8 Betrouwbaarheidsanalyse van de VBM-schalen

Wat betreft de betrouwbaarheid van scores op de VBM-schalen werd de interne consistentie van de afzonderlijke schalen onderzocht. De Cronbach's Alfa- coëfficiënten voor de vijf schalen duiden op voldoende tot zeer goede betrouwbaarheid. Tabel 4.4 geeft de waarden van de Cronbach Alfa's weer per schaal.

Om een instrument te ontwikkelen dat én praktisch bruikbaar is (qua tijdsduur, gemak van afname, etc.) én voldoende psychometrische kwaliteiten heeft, werd besloten om zes items te selecteren voor iedere schaal. De factoranalyse wees uit dat voor de kleinere factoren (d.i. de factoren 4 en 5) zes items zowel voldoende hoge primaire ladingen hadden, alsmede geen 'storende' secundaire ladingen te zien gaven en tevens goede interne consistentie van op de factoren gebaseerde subschalen waarborgden. Om een evenwichtigheid van de totale vragenlijst te bewerkstelligen, werd daarom gekozen voor subschalen van zes items voor de gehele vragenlijst. Op deze wijze werd een goede balans verkregen tussen

enerzijds gebruikersvriendelijkheid en anderzijds goede psychometrische kwaliteiten. Zodoende bestaat de uiteindelijke versie van de VBM uit 30 items (zie Bijlage 4.1).

Tabel 4.4 Cronbach's Alfa voor de VBM-schalen

Schaal	Aantal Items	Cronbach's Alfa
1. Afwijzing	6	0.92
2. Onzekere Identiteit	6	0.81
3. Oriëntatie Land van Herkomst	6	0.81
4. Onderling Wantrouwen	6	0.73
5. Verrijking	6	0.70

*Noot. Schaal 1= Afwijzing en Gebrek aan Acceptatie; Schaal 2= Verlieservaringen, Verwarring en Onzekere Identiteiten; Schaal 3= Oriëntatie op het Land van Herkomst en Gerichtheid op het Verleden; Schaal 4= Onderling Wantrouwen, Achterdocht, Loyaliteitsconflicten en Zich Distantiëren van Landgenoten; Schaal 5= Verrijking, Uitdaging en Tevredenheid in Nederland.*

## 4.9 Beschrijving van de VBM- schalen

Hieronder wordt uitgebreid ingegaan op de vijf schalen van de VBM. Het is belangrijk om te vermelden dat het niet makkelijk was om deze schalen kort en eenduidig te labelen. We hebben tot de uiteindelijke benamingen besloten op basis van een zorgvuldige analyse van de inhoud van de items. Zie voor een nadere verkenning van inhoud en achtergronden van de gevonden factoren aan de hand van de literatuur de Bijlage 4.3.

### 4.9.1 Schaal 1: Afwijzing en Gebrek aan Acceptatie

Kenmerkend voor deze schaal is dat het hoofdzakelijk om negatieve gevoelens gaat, zoals het gevoel dat er op je neergekeken wordt en dat je onderschat wordt (en je je een tweederangs burger voelt) en dat men je nog steeds als een buitenlander (anders, hier tijdelijk, de taal onvoldoende machtig) ziet. Maar naast het feit dat men denkt zo gezien te worden, heeft men er ook allerlei negatieve gevoelens bij. Iemand voelt zich daarom na jaren nog steeds als een vreemdeling: vernederd, afgezonderd (buiten de maatschappij) en niet op de juiste waarde geschat. Er is ook sprake van (verwachte) afwijzing door Nederlanders vanwege het taalprobleem en het anders zijn. Deze gedachten en gevoelens worden weerspiegeld in de volgende 10 items (vragen/ uitspraken) waarvan zes items opgenomen werden in de uiteindelijke versie van de VBM.

#### Geselecteerde items voor de schaal Afwijzing en Gebrek aan Acceptatie

I-56. Het voelt zo aan alsof Nederlanders op ons neerkijken.

I-34. Nederlanders zien mij nog steeds als een migrant of buitenlander.



- I-75. Ik voel me in Nederland vaak een tweederangsburger.
- I-38. Ik heb vaker het gevoel dat Nederlanders mij niet op mijn juiste waarde schatten.
- I-7. Ik voel me buiten de Nederlandse maatschappij staan.
- I-10. Bij Nederlanders heb ik het gevoel dat ze me zullen afwijzen, omdat ik minder goed Nederlands spreek en/of omdat ik anders ben.

**Items die niet in de uiteindelijke vragenlijst zijn opgenomen**

- I-86. Ik denk dat Nederlanders er nog steeds moeite mee hebben dat we hier blijven.
- I-35. Ook al woon ik hier al jaren, toch voel ik me nog een vreemdeling.
- I-6. Ik ben wel eens gediscrimineerd, omdat ik een buitenlander ben.
- I-49. Ik voel me vernederd, omdat ik in Nederland niet word geaccepteerd op mijn eigen niveau van werk en opleiding.

#### 4.9.2 Schaal 2: Verlieservaringen, Verwarring en Onzekere Identiteiten

Bij deze schaal gaat het om negatieve gedachten en gevoelens als gevolg van oncontroleerbare, zelfs dreigende veranderingen, die voornamelijk als verlies worden ervaren. De nadruk ligt op het feit dat men zich bewust is van veranderingen met betrekking tot de eigen identiteit en onzekerheid over de toekomstige identiteit. Enerzijds is er sprake van aarzeling, twijfels en onzekerheden, die ook als verwarring aanvoelen. Anderzijds is er sprake van meerdere, niet volledige en inconsequente, referentiekaders als gevolg van gefragmenteerde culturele identiteiten (*wat/wie ben ik?*). Hier gaat het niet alleen om een passief gevoel, maar ook om actieve verlieservaringen, zoals het verlies van status en gezag, bijvoorbeeld als man of vader, of om controle over de eigen (psychische) gezondheid. Men is ook geneigd om deze veranderingen te externaliseren en toe te schrijven aan anderen en/of het leven in Nederland. Er is sprake van een toenemende discrepantie tussen wat men wil en wat men krijgt. Dit kan ook betekenen dat men in de ogen van de nieuwe generatie achterblijft, zodat er ook relatieproblemen kunnen ontstaan tussen partners onderling en tussen ouders en kinderen. Voor de goede orde gaat het hier niet alleen om angst voor controleverlies, maar ook om daadwerkelijke verlieservaringen. Deze gedachten en gevoelens worden goed weergegeven in de volgende zes items.

**Geselecteerde items voor de schaal Verlieservaringen, Verwarring en Onzekere Identiteit**

- I-45. Ik weet soms niet vanuit welk referentiekader van welke cultuur ik een bepaalde situatie moet beoordelen.
- I-32. Ik vraag me vaker af wat ik eigenlijk ben: een Turk, een Nederlander, een Turkse Turk of een Nederlandse Turk.
- I-61. Mijn partner geeft mij niet de mogelijkheid me verder te ontwikkelen en/of mijn

partner accepteert mijn gezag niet meer, zoals in het verleden het geval was, en/of mijn kinderen accepteren mijn gezag niet, omdat ze verwesterd zijn.

I-53. Er veranderen veel dingen in mijn omgeving (bij mijn kinderen, partner en andere mensen) Waarover ik geen zeggenschap (meer) heb.

I-83. Het is vooral de schuld van Nederland dat het nu zo slecht met mij (en/of mijn gezin) gaat.

I-78. Ik denk dat mijn psychisch evenwicht verstoord is.

#### **Items die niet in de uiteindelijke vragenlijst zijn opgenomen**

I-60. Ik heb tot nog toe in Nederland een heel moeilijk leven gehad.

I-89. Leven in Nederland ervaar ik als een verarming in materiële zin.

4

### **4.9.3 Schaal 3: Oriëntatie op het land van Herkomst en Gerichtheid op het Verleden**

Terwijl de bovengenoemde schalen betrekking hebben op negatieve gevoelens die daadwerkelijk verbonden zijn met het leven in Nederland, heeft deze schaal betrekking op het land van herkomst (Turkije), de contacten met de mensen daar en het vroegere leven daar. Hier gaat het dus vooral om de contacten die men heeft met het land van herkomst en de waarde die hieraan gehecht wordt, zowel op basis van het verleden als op grond van huidige ervaringen en toekomstverwachtingen. Dit wordt concreter door actief bezig te zijn met betrekking tot Turkije. Dit kan geschieden door bijvoorbeeld de ontwikkelingen daar te volgen, de moedertaal bij te houden, aan de familie daar te denken, hen te helpen en dergelijke. Verder gaat het om het belang dat gehecht wordt aan de oorspronkelijke cultuur, inclusief waarden, gewoonten en religie, het vasthouden daaraan, pogingen om dit door te geven aan de nieuwe generaties en er moeite mee hebben om mogelijke veranderingen hierin te accepteren.

#### **Geselecteerde items voor de schaal Oriëntatie op het land van Herkomst en Gerichtheid op het Verleden**

I-24. Ik vind het belangrijk om in mijn moedertaal via televisie, radio, internet, kranten en dergelijke geïnformeerd te worden over de ontwikkelingen in mijn land van herkomst.

I-23. Ik pieker vaak over mijn familieleden, kennissen en anderen in mijn land van herkomst.

I-30. Ik mis hoofdzakelijk de warme en onvoorwaardelijke sociale contacten in mijn land van herkomst.

I-33. Het is voor mij in de loop van de jaren steeds belangrijker geworden om vast te houden aan de normen en waarden, gewoontes, religie en cultuur uit het land van herkomst.

I-62. Met mijn inkomen hier probeer ik ook mijn familie in mijn land van herkomst te helpen.

- I-16. Ik vind het prettig om regelmatig te denken aan het verleden, toen ik nog in mijn land van herkomst was.

**Items die niet in de uiteindelijke vragenlijst zijn opgenomen**

- I-17. Mijn dagelijkse leven wordt grotendeels bepaald door het volgen van ontwikkelingen in mijn land van herkomst.
- I-26. Ik doe mijn uiterste best om Turkse waarden en normen, de Turkse taal en cultuur te beleven en door te geven aan jongeren.
- I-3. Ik vind de normen en waarden, tradities en gewoontes van mijn land van herkomst belangrijker dan de Nederlandse.
- I-42. Ik heb er soms moeite mee om te aanvaarden dat bepaalde aspecten van mijn oorspronkelijke cultuur, zoals man-vrouw relaties, opvoeding en dergelijke hier in Nederland niet geldig zijn.

#### 4.9.4 Schaal 4: Onderling Wantrouwen en Achterdocht en Loyaliteitsconflict, Distantiëren van Landgenoten

Deze schaal heeft, anders dan bij de andere schalen het geval was, betrekking op hoe Turkse mensen zich onderling verhouden. Het betreft hun gedachten over elkaar, hun gevoelens ten opzichte van elkaar en hun manier van omgaan met elkaar. Het is een negatief geladen schaal. Het betreft namelijk hoofdzakelijk wantrouwen, vooral jegens andere Turken, gevoelens van eenzaamheid en gedachten over onderlinge jaloezie. Dit kan als een ambivalentie gevoeld worden. Deze gedachten en gevoelens worden goed weergegeven in de volgende zes items.

**Geselecteerde items voor de schaal Onderling Wantrouwen, Achterdocht, Loyaliteitsconflict en Zich Distantiëren van Landgenoten**

- I-8. Ik ben meestal in gezelschap van anderen, maar toch voel ik me eenzaam.
- I-50. Ik kan mijn landgenoten niet vertrouwen.
- I-2. Er is bijna niemand die ik kan vertrouwen.
- I-72. Nederlanders hebben een andere cultuur en een ander geloof, maar soms zijn ze beter dan mijn landgenoten.
- I-80. Ik denk dat er hier in Nederland sprake is van sterke jaloezie tussen mijn landgenoten onderling.
- I-84. Ik houd afstand van mijn landgenoten, omdat ze niet blij zijn dat het goed gaat met mij en mijn gezin.

**Item dat niet in de uiteindelijke vragenlijst is opgenomen**

- I-77. Ik doe zonder terughoudendheid een beroep op mijn landgenoten hier in Nederland.

#### 4.9.5 Schaal 5: Verrijking, Uitdaging en Tevredenheid in Nederland

Deze laatste schaal gaat, anders dan de andere vier, over positieve gedachten en gevoelens, zoals tevredenheid, verrijking en het ervaren van adaptatietaken als een uitdaging. De items weerspiegelen dat het leven in Nederland positief is en dat het prettig is om hier te leven. Het gaat erover dat men zich hier vrijer voelt, een volwaardig mens, genietend van de vrijheid die groter gevonden wordt dan in het land van herkomst (Turkije) het geval was. Men praat ook over de gewenning aan het leven in Nederland. Zodoende wordt het leven in Nederland ervaren als een verrijking in zowel materiële als immateriële zin. Deze gedachten en gevoelens worden treffend weergegeven in de volgende zes items.

##### **Geselecteerde items voor de schaal Verrijking, Uitdaging en Tevredenheid**

- I-59. Ik voel me in Nederland op mijn gemak.
- I-1. Ik ben gewend aan het leven in Nederland.
- I-15. Ik voel mij in Nederland vrijer dan in mijn land van herkomst om zelf mijn eigen leven te leiden.
- I-28. Ik heb in Nederland meer individuele vrijheid dan in mijn land van herkomst.
- I-88. Leven in Nederland ervaar ik als een verrijking in materiële zin.
- I-40. Ik kan in Nederland als een volwaardig mens leven.

##### **Item dat niet in de uiteindelijke vragenlijst is opgenomen**

- I-95. Ik waardeer mijn tevredenheid met mijn leven in Nederland met een rapportcijfer... (tussen 1 - heel erg slecht en 10 - heel erg goed).

### 4.10 Valideren van de VBM

Na bovenstaande uiteenzetting van de schalen van de VBM volgt nu een overzicht van verschillende analyses die zijn gedaan met betrekking tot de VBM.

#### 4.10.1 Analyses

Hieronder worden verschillende analyses gepresenteerd met betrekking tot de VBM. Maar eerst volgt een overzicht van voorbereidende analyses.

##### 4.10.1.1 Voorbereidende analyses en hercoderen van enkele variabelen

Ofschoon er sprake was van een vrij grote steekproef ten behoeve van de analyses van de VBM-gegevens, werden desalniettemin enkele voorbereidende analyses uitgevoerd, gericht op een directe vergelijking tussen de verschillende onderzoekspopulaties.

Wat betreft de GGZ-status waren er voldoende deelnemers in de GGZ-a steekproef ( $n = 204$ ) en de AP- groep ( $n = 200$ ). Er waren echter, in verhouding, vrij weinig deelnemers in de GGZ-b steekproef ( $n = 25$ ). Om de power van de analyses te vergroten, werd daarom besloten om de GGZ-b populatie samen te voegen met de GGZ-a populatie, waardoor er voor de verdere analyses twee groepen ontstonden: de GGZ- populatie en de AP. Om na te gaan of het samenvoegen van de GGZ- b groep en de GGZ-a groep toelaatbaar was, werd onderzocht of deze twee groepen significant van elkaar verschilden qua socio-demografische variabelen en relevante uitkomstmaten.

De GGZ-a populatie verschilde niet significant van de GGZ-b populatie voor wat betreft geslacht ( $\chi^2 = 0.03$ ,  $df=1$ ,  $p = 0.87$ ). Ook werd er geen verschil in opleidingsniveau gevonden in termen van het onderscheid in Laag (*analfabeet t/m basisonderwijs*), Midden (*voortgezet onderwijs t/m middelbaar beroepsonderwijs*) en Hoog (*HBO, Universitair*) ( $\chi^2 = 1.28$ ,  $df=2$ ,  $p = 0.53$ ). Tevens bestond er geen significant verschil, blijkens de Mann-Whitney U- Test, in leeftijd tussen de beide groepen ( $z = -0.69$ ,  $p = 0.49$ ).

Ten aanzien van de in het huidige onderzoek gehanteerde variabelen werden nauwelijks verschillen gevonden. Met  $t$ -toetsen werd berekend of beide groepen verschilden voor wat betreft scores op de VBM-schalen, de WHOQOL-domeinen en de SCL-90 schalen. Na correctie van het  $\alpha$ -niveau voor het grote aantal  $t$ -toetsen bleek er net een significant verschil te bestaan voor de VBM-schaal Onzekere Identiteit ( $t(df) = 2.107(227)$ ,  $p < 0.05$ ) en de VBM-schaal Verrijking ( $t(df) = -2.672(227)$ ,  $p < 0.05$ ). De GGZ-a populatie ( $N = 204$ ,  $M = 17.67$ ,  $SD = 5.30$ ) scoorde significant hoger op Onzekere Identiteit dan de GGZ-b populatie ( $N = 25$ ,  $M = 15.32$ ,  $SD = 4.98$ ). De GGZ-b populatie ( $N = 25$ ,  $M = 19.96$ ,  $SD = 4.04$ ) scoorde significant hoger op Verrijking dan de GGZ-a populatie ( $N = 204$ ,  $M = 17.30$ ,  $SD = 4.76$ ). Omdat de beide groepen slechts op deze schalen verschilden, werd besloten om voor verdere analyses de beide groepen samen te voegen.

#### 4.10.1.2 Identificeren van eventuele controlevariabelen

In de analyses werd de Turkse GGZ-populatie vergeleken met de AP van Turken in Nederland. Om te onderzoeken of het nodig was om in deze analyses te controleren voor de invloed van andere (socio-demografische) variabelen, werd eerst onderzocht of de GGZ- populatie verschilde van de AP op een aantal relevant geachte socio-demografische variabelen: geslacht, leeftijd en opleidingsniveau.

Allereerst werd een  $t$ -toets uitgevoerd om te controleren of de beide groepen verschilden qua leeftijd. De gemiddelde leeftijd van de GGZ- populatie ( $M = 35.42$ ,  $SD = 8.59$ ) verschilde echter niet significant ( $t(df) = 1.033(427)$ ,  $p = 0.30$ ) van de AP ( $M = 34.55$ ,  $SD = 8.82$ ). Dit betekent dat er in de verdere analyses niet gecontroleerd behoefde te worden op eventuele leeftijdsverschillen. Vervolgens werd onderzocht of er een verschil was op basis van geslacht. In beide groepen bleek de verhouding tussen mannen en vrouwen gelijk te

zijn ( $\chi^2 = 0.53$ ,  $df = 1$ ,  $p = 0.47$ ). Om te onderzoeken of de GGZ- populatie verschilde van de AP qua opleidingsniveau, werd eveneens een  $\chi^2$ -toets uitgevoerd. Hier bleek wel sprake te zijn van een significant verschil op basis van de categorisering Laag (*analfabeet t/m basisonderwijs*), Midden (*voortgezet onderwijs t/m middelbaar beroepsonderwijs*) en Hoog (*HBO, Universitair*) ( $\chi^2 = 18.70$ ,  $df = 2$ ,  $p < 0.0001$ ). De GGZ- populatie bleek significant lager opgeleid te zijn dan de AP. In de verdere analyses waarin de groepen GGZ- populatie en AP met elkaar vergeleken werden, was het daarom nodig dat er gecontroleerd werd met betrekking tot opleidingsniveau.

#### 4.10.1.3 Correlaties tussen de afhankelijke variabelen

Om de samenhang tussen de beleving van migrant zijn, psychische klachten, Kwaliteit van Leven en een breed scala aan persoonlijkheidsfactoren te onderzoeken, werden Pearson correlaties berekend tussen de subschalen van de VBM, de SCL-90, de WHOQOL-100 en de NEO-PI-R. Om na te gaan of de samenhang tussen deze begrippen verschillend is voor de onderscheiden onderzoekspopulaties, werden voor de GGZ- populatie en de AP ook apart correlaties berekend. Op deze manier kan niet alleen een goed beeld gegeven worden van hoe de onderzochte begrippen zich tot elkaar verhouden, maar kan ook een nadere differentiatie gemaakt worden tussen de GGZ- populatie en de AP. Wij bespreken hier alleen de statistisch significante correlaties. Omdat bij het berekenen van de correlaties telkens gebruik is gemaakt van een relatief grote steekproef, zijn de berekende correlaties al snel significant. Er wordt daarom in de analyses niet alleen gekeken of een correlatie statistisch significant is, maar er wordt tevens rekening gehouden met de hoogte van de correlatie. Daarbij wordt de volgende indeling gebruikt:  $r < 0.30$  is een lage correlatie,  $0.30 < r < 0.50$  wordt beschouwd als een matige correlatie en  $r \geq 0.50$  betekent een relatief hoge correlatie (zie Cohen, 1988).

##### 4.10.1.3.1 Intercorrelaties van de VBM- schalen voor de GGZ- populatie (n = 229)

Zoals in Tabel 4.5 te zien is, was de VBM-schaal Afwijzing matig positief gecorreleerd met de VBM-schalen Identiteit, Vaderland en Wantrouwen. Er was verder sprake van een lage negatieve correlatie met VBM-Verrijking. Scores op de schaal VBM-Identiteit bleken matig positief samen te hangen met scores op VBM-Vaderland en VBM-Wantrouwen. VBM-Identiteit en VBM-Verrijking waren niet significant met elkaar geassocieerd. Er werd een lage positieve correlatie tussen VBM-Vaderland en VBM-Wantrouwen gevonden en een lage negatieve correlatie tussen VBM-Vaderland en VBM-Verrijking. VBM-Wantrouwen en VBM-Verrijking tenslotte bleken niet significant aan elkaar gerelateerd te zijn.

Tabel 4.5 Pearson- Correlaties van de VBM- Schalen voor de GGZ- Populatie

	VBM				
	Afwijzing	Identiteit	Vaderland	Wantrouwen	Verrijking
VBM- Afwijzing	1.00	0.48**	0.43**	0.33**	-0.26**
VBM- Identiteit		1.00	0.41**	0.35**	-0.11
VBM- Vaderland			1.00	0.17*	-0.16*
VBM- Wantrouwen				1.00	0.10
VBM- Verrijking					1.00

Noot. \*  $p \leq 0.05$ ; \*\*  $p \leq 0.01$

Op basis van deze constatering is het mogelijk om te zeggen dat bij de GGZ-populatie vier negatief getinte schalen (VBM-Afwijzing, VBM-Identiteit, VBM-Vaderland en VBM-Wantrouwen) een positief verband met elkaar hebben. De enige positief getinte schaal is VBM-Verrijking en het is ook aannemelijk dat er een negatief verband is tussen deze schaal en de schalen VBM-Afwijzing en VBM-Vaderland. Dit wil dan zeggen dat wie het gevoel van afwijzing heeft, des te minder het leven in Nederland als een verrijking ervaart (en andersom) en wie meer waarde hecht aan het vaderland des te minder verrijking ervaart in het leven in Nederland (en andersom). Verder is het opvallend dat de schaal Vaderland een aparte positie heeft. Men voelt zich afgewezen of heeft identiteitsproblemen of ervaart onderling wantrouwen ten aanzien van andere Turken en tevens hecht men veel waarde aan het vaderland Turkije. Het lijkt alsof een focus op het vaderland een ventiefunctie heeft binnen de GGZ-populatie van Turken in Nederland.

#### 4.10.1.3.2 Intercorrelaties van de VBM-schalen voor de AP (n = 200)

Zoals Tabel 4.6 te zien is, was de VBM- schaal Afwijzing sterk positief gecorreleerd met VBM-Identiteit en matig positief met de schalen VBM-Vaderland en VBM-Wantrouwen. VBM-Afwijzing bleek verder matig negatief gecorreleerd met VBM-Verrijking. Er was verder een middelmatig positieve samenhang tussen VBM-Identiteit enerzijds en VBM-Vaderland en VBM-Wantrouwen anderzijds, alsmede een lichte negatieve correlatie met VBM-Verrijking. VBM-Vaderland was licht positief gecorreleerd met VBM-Wantrouwen. Scores op VBM-Verrijking bleken niet significant samen te hangen met scores op de schalen VBM-Vaderland en VBM-Wantrouwen.

Tabel 4.6 Pearson- Correlaties van de VBM- Schalen voor de Algemene Populatie van Turken in Nederland (AP)

		VBM			
	Afwijzing	Identiteit	Vaderland	Wantrouwen	Verrijking
VBM- Afwijzing	1.00	0.59**	0.47**	0.34**	-0.030**
VBM- Identiteit		1.00	0.48**	0.46**	-0.22**
VBM- Vaderland			1.00	0.19*	-0.11
VBM- Wantrouwen				1.00	0.01
VBM- Verrijking					1.00

Noot. \*  $p \leq 0.05$ ; \*\*  $p \leq 0.01$

4

Op zich komen deze bevindingen bijna volledig overeen met de gevonden intercorrelaties bij de GGZ-populatie. Het enige verschil bestaat uit de verbanden tussen twee negatief getinte schalen (VBM-Afwijzing en VBM-Identiteit) en de positief getinte schaal VBM-Verrijking. Bij de AP hangt een focus op zaken die met het vaderland te maken hebben niet samen met de mate waarin verrijking ervaren wordt in Nederland. Dit was bij de andere groep wel het geval. Dit is in feite een interessante constatering. Gezondere mensen hebben wellicht een iets andere manier van omgaan met de twee landen! Ook anders, in vergelijking met de GGZ- populatie, is dat er hier ook sprake is van een negatief verband tussen VBM-Identiteit en VBM-Verrijking. Dit wil dan zeggen dat wie (meer) identiteitsproblemen heeft, des te minder zijn/haar leven in Nederland als een verrijking ervaart en uiteraard andersom ook.

#### 4.10.1.4 Verschillen in de beleving van migrant zijn (VBM) tussen respondenten van de GGZ- populatie (n = 229) en de AP (n = 200)

Respondenten van de GGZ-populatie gaven aan dat zij significant meer VBM-Afwijzing en gebrek aan acceptatie ervoeren dan deelnemers in de groep AP ( $t(df) = 3.494(427)$ ,  $p < 0.005$ ). Ook scoorden deelnemers in de GGZ- populatie significant hoger op problemen met betrekking tot VBM-Identiteit en controleverlies ( $t(df) = 6.288(427)$ ,  $p < 0.001$ ). Er bestaat geen significant verschil tussen de beide groepen in de mate van gerichtheid op het VBM-Vaderland. Wel scoorden respondenten van de GGZ- populatie significant hoger dan de respondenten van de Algemene Populatie van Turken in Nederland op de VBM-schaal onderling Wantrouwen ( $t(df) = 7.373(427)$ ,  $p < 0.001$ ). Er werd verder geen significant verschil gevonden met betrekking tot scores op Verrijking (zie Tabel 4.7). Op basis van deze constatering is het mogelijk om te zeggen dat de GGZ-populatie hoger scoorde, dus meer last heeft van gevoelens van afwijzing, identiteitsproblemen en onderling wantrouwen.



Hierbij is de grote vraag die beantwoord dient te worden of er een mogelijke oorzaak-gevolgrelatie is tussen de fenomenen die in deze drie schalen gemeten worden en psychisch ziek zijn c.q. GGZ-cliënt zijn!

*Tabel 4.7 Verschillen in Beleving van Migrant zijn tussen de GGZ- Populatie en de Algemene Populatie van Turken in Nederland (AP)*

VBM	GGZ- populatie (n = 229) M (SD)	AP (n = 200) M (SD)	t (df)
Afwijzing	19.36 (6.00)	17.33 (6.02)	3.494 (427)**
Identiteit	17.42 (5.31)	14.17 (5.38)	6.288 (427)***
Vaderland	18.12 (5.20)	18.60 (4.63)	-0.996 (426)
Wantrouwen	18.90 (4.58)	15.65 (4.54)	7.373 (427)***
Verrijking	17.59 (4.75)	17.85 (4.23)	-0.586 (427)

Noot. \*  $p < 0.05$ ; \*\*  $p < 0.005$ ; \*\*\*  $p < 0.001$

#### 4.10.1.5 Verschillen in de beleving van migrant zijn tussen mannen (n = 168) en vrouwen (n = 261)

Eveneens werd onderzocht of er op basis van geslacht verschillen bestonden in scores op de VBM-schalen. Mannen scoorden significant hoger op de schaal VBM-Afwijzing. Tevens scoorden mannen hoger op de schaal VBM-Vaderland. Voor de schaal VBM-Verrijking werd net geen significant verschil gevonden. Wel werd een duidelijke trend zichtbaar: vrouwen scoorden lichtelijk hoger dan mannen. Voor de schalen VBM-Identiteit en VBM-Wantrouwen werden geen verschillen tussen mannen en vrouwen gevonden. Tabel 4.8 geeft een compleet overzicht van de sekseverschillen op de VBM- schalen.

*Tabel 4.8 Verschillen tussen Mannen en Vrouwen op de Schalen van de VBM*

VBM-schalen	Mannen (n = 168) M (SD)	Vrouwen (n = 261) M (SD)	t (df)
Afwijzing	19.15 (6.16)	17.94 (6.01)	2.01 (427)*
Identiteit	15.82 (5.85)	15.95 (5.40)	-0.23 (427)
Vaderland	19.33 (5.13)	17.71 (4.72)	3.35 (427)**
Wantrouwen	16.92 (4.89)	17.68 (4.79)	-1.60 (427)
Verrijking	17.19 (4.84)	18.05 (4.26)	-1.90 (323.62)

Noot. \*  $p \leq 0.05$ ; \*\*  $p \leq 0.01$

De gevonden significante verschillen tussen mannen en vrouwen zijn aannemelijk. Immers, mannen lopen meer kans/risico om afgewezen te worden, omdat hun maatschappelijke participatie hoger is dan die van Turkse vrouwen, o.a. door hun werk. Ook is het bekend dat allochtone vrouwen over het algemeen, en Turkse vrouwen in het bijzonder, het land van herkomst als een 'vakantieland' willen ervaren en niet als een land om naar terug te gaan om er de rest van hun leven door te brengen (zie ook Hoofdstuk 2). Ze hebben er geen zin meer in om als 'schoondochter' te functioneren, terwijl ze zelf al 'schoonmoeder' en 'oma' zijn. De wens om terug te gaan is daarentegen bij mannen duidelijk aanwezig. Deze droom wordt actueel gehouden door de mogelijkheid om terug te keren door middel van de + 45 jaar-remigratiewet\*.

Wat betreft de schaal VBM-Identiteit, die verlieservaringen, verwarringen en onzekere identiteiten weerspiegelt, is het voor de beide seksen een relevante schaal, omdat beide seksen dit in ieder geval mee (moeten) maken. Het feit dat er geen significante verschillen zijn tussen mannen en vrouwen op de schaal VBM-Wantrouwen is veelzeggend. Dit is tegen het algemene (voor)oordeel. Er wordt namelijk alom gedacht dat migranten vanwege de massale aanwezigheid van familie, regiogenoten en landgenoten hier juist meer contact hebben met elkaar en meer met elkaar delen en dat vooral vrouwen dit meer doen. Dus dit is niet waar! Zoals ik (MC) dagelijks meemaak, is er sprake van groot onderling wantrouwen binnen de migrantengemeenschap (intra en inter) en is er tevens sprake van een grote afname van saamhorigheid, klaar staan voor elkaar, delen met elkaar, et cetera. Overigens is er wel sprake van praten over 'koetjes en kalfjes' en andere 'onnozele' dingen!

#### 4.10.1.6 Verschillen in de beleving van migrant zijn, gerelateerd aan psychiatrische diagnose

Onderzocht werd of er op basis van specifieke psychiatrische diagnoses, vastgesteld met de SCAN 2.1 (Giel & Nienhuis, 1999) en de SCID-II (First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 1997; Spitzer, Williams, Gibbon, & First, 1990), verschillen waren in gemiddelde scores op de VBM-schalen (Tabel 4.9). Er werden geen significante verschillen gevonden tussen respondenten die wel een As-I-diagnose hadden, vastgesteld met behulp van de SCAN 2.1, en respondenten die geen As-I-diagnose hadden. Evenmin werden er verschillen gevonden tussen respondenten die wel een As-II-diagnose (vastgesteld met de SCID-II) hadden en respondenten die geen As-II-diagnose hadden.

\* De huidige Remigratiewet is sinds 1 april 2000 van kracht en biedt degenen die tot de doelgroep van deze wet behoren en die naar het land van herkomst willen remigreren, ondersteuning. Het land van herkomst is het land waar de remigrant of een van zijn ouders is geboren of het land waarvan de remigrant of een van zijn ouders de nationaliteit bezit of bezat. Tot de doelgroepen van de Remigratiewet behoren: personen die minimaal 45 jaar oud zijn op de dag van aanvraag en zelf (of waarvan hun ouders) afkomstig zijn uit: Turkije, Marokko, Suriname, Tunesië, et cetera. De Remigratiewet kent een Basisvoorziening en een Remigratie-uitkering.

Het lijkt er dus op dat scores op de VBM- schalen niet verschillen voor mensen bij wie een psychiatrische diagnose gesteld is en respondenten die geen psychiatrische diagnose hebben.

*Tabel 4.9 Verschillen in Gemiddelde Scores op de VBM- Schalen, Gerelateerd aan Psychiatrische Diagnoses*

VBM- schalen	Diagnose	Bevestigd M (SD) (n = )	Niet bevestigd M (SD) (n = )	t (df)
Afwijzing	As-I	19.93 (5.73) (n = 136)	18.90 (6.26) (n = 68)	-1.17 (202)
	As-II	20.35 (6.23) (n = 63)	19.24 (5.76) (n = 141)	-1.24 (202)
Identiteit	As-I	17.74 (5.49)	17.53 (4.95)	-0.27 (202)
	As-II	17.51 (5.70)	17.75 (5.13)	0.29 (202)
Vaderland	As-I	18.16 (4.98)	18.09 (5.31)	-0.10 (202)
	As-II	17.38 (5.48)	18.48 (4.87)	1.36 (107.64)
Wantrouwen	As-I	18.85 (4.83)	18.93 (3.78)	0.12 (166.29)
	As-II	19.64 (4.48)	18.54 (4.48)	-1.62 (202)
Verrijking	As-I	17.09 (4.67)	17.74 (4.95)	0.91 (202)
	As-II	16.91 (5.45)	17.48 (4.43)	0.80 (202)

Noot. \*  $p < 0.05$

#### 4.10.1.7 Correlaties voor de GGZ-populatie (n = 229)

##### 4.10.1.7.1 Correlaties van de VBM- schalen met de NEO-PI-R- schalen

Scores op de schaal VBM-Afwijzing bleken negatief gecorreleerd met Extraversie en positief met Neuroticisme. Dit zijn logische verbanden die verwacht werden. Scores op de schaal VBM- Identiteit vertoonden een negatieve samenhang met scores op Altruïsme en Zorgvuldigheid en correleerden matig positief met scores op Neuroticisme. VBM-Vaderland bleek positieve verbanden te hebben met Extraversie en Zorgvuldigheid. VBM- Wantrouwen was negatief gecorreleerd met Altruïsme en Zorgvuldigheid, matig positief met Neuroticisme en licht positief met Openheid. VBM- Verrijking ten slotte, bleek licht negatief geassocieerd te zijn met Neuroticisme (zie Tabel 4.10). Dit laatste wil zeggen dat de Turken die het leven in Nederland als een verrijking ervaren, niet (echt) een neurotisch karakter hebben!

Alles bij elkaar valt het op dat Neuroticisme, als negatief getint kenmerk, een positief verband heeft met de negatief getinte schalen van de VBM, zoals VBM-Afwijzing, VBM-

Identiteit, VBM-Wantrouwen en een negatief verband heeft met de positief getinte schaal VBM-Verrijking. Dit past ook in onze verwachting. Overigens is deze conclusie ook geldig voor het aanwezige negatieve verband tussen neutraal- positief getinte schalen van de NEO-PI-R met negatief getinte schalen van de VBM.

Tabel 4.10 Pearson- Correlaties tussen de VBM en de NEO-PI-R voor de GGZ- Populatie

	NEO-PI-R				
	N	E	O	A	Z
VBM- Afwijzing	0.26**	-0.15*	-0.01	-0.13	-0.13
VBM- Identiteit	0.30**	-0.05	-0.08	-0.16*	-0.20**
VBM- Vaderland	0.08	0.15*	0.30	-0.06	0.15*
VBM- Wantrouwen	0.39**	-0.13	0.15*	-0.19**	-0.14*
VBM- Verrijking	-0.18**	0.07	-0.01	0.06	0.11

Noot. \*  $p \leq 0.05$ ; \*\*  $p \leq 0.01$

Neo-N: Neuroticisme; Neo-E: Extraversie; Neo-O: Openheid; Neo-A: Altruïsme; Neo-ZV: Zorgvuldigheid.

#### 4.10.1.7.2 Correlaties van de VBM- schalen met scores op de afzonderlijke WHOQOL-domeinen van Kwaliteit van Leven

VBM- Afwijzing correleerde licht negatief met Algemene Kwaliteit van Leven en verder met alle WHOQOL-domeinen. VBM-Identiteit hing licht negatief samen met het facet Algemene Kwaliteit van Leven en Algemene Gezondheid en matig negatief met alle afzonderlijke WHOQOL-domeinen. VBM- Vaderland bleek niet significant gecorreleerd te zijn met Algemene Kwaliteit van Leven en Algemene Gezondheid en ook niet met de verschillende WHOQOL-domeinen. VBM-Wantrouwen was licht negatief gecorreleerd met Algemene Kwaliteit van Leven en Algemene Gezondheid en met het domein Lichamelijke Gezondheid.

De samenhang met de overige WHOQOL- domeinen was matig negatief. Er werd verder een positieve correlatie gevonden tussen VBM-Verrijking en WHOQOL- Omgeving (zie Tabel 4.12).

Het feit dat er een negatief verband bestaat tussen algemene Kwaliteit van Leven en algemene gezondheid en drie negatief getinte schalen van VBM, is wel te verwachten. Het is immers logisch dat de algemene Kwaliteit van Leven toe zal nemen, als ook het gevoel van afgewezen worden en gebrek aan acceptatie afneemt. Dit geldt eveneens voor onzekere identiteiten, verlieservaringen, verwarringen, onderling wantrouwen, achterdocht, loyaliteitsconflicten en zich distantiëren van landgenoten. Het is opvallend dat deze conclusie ook voor de andere domeinen van de WHOQOL-100 geldt: Lichamelijke en Psychologische Gezondheid, Sociale Relaties en Omgeving. Ook het feit dat er een positief verband is tussen

VBM- Verrijking en het WHOQOL- domein Omgeving, is plausibel: de overtuiging dat migratie verrijking betekent, gaat gepaard met tevredenheid over de eigen leefomgeving (Zie Tabel 4.11).

Tabel 4.11 Pearson- Correlaties tussen de VBM-Schalen en WHOQOL-Scores voor de GGZ- Populatie

	WHOQOL-100				
	KvL	LG	PG	SR	O
VBM- Afwijzing	-0.13*	-0.18**	-0.28**	0.21**	-0.26
VBM- Identiteit	-0.29**	-0.30**	-0.33**	0.30**	-0.31**
VBM- Vaderland	0.01	-0.10	0.00	-0.01	-0.12
VBM- Wantrouwen	-0.19**	-0.19**	-0.32**	-0.42**	-0.30**
VBM- Verrijking	0.09	0.10	0.12	0.06	0.25**

Noot. \*  $p \leq 0.05$ ; \*\*  $p \leq 0.01$ . WHOQOL -KvL: Algemene Kwaliteit van Leven en Algemene Gezondheid; WHOQOL-LG: Lichamelijke Gezondheid; WHOQOL-PG: Psychologische Gezondheid; WHOQOL-SR: Sociale Relaties; WHOQOL-O: Omgeving.

#### 4.10.1.7.3 Correlaties van de VBM- schalen met de SCL-90- schalen

Er werden significante positieve correlaties gevonden tussen VBM- Afwijzing en een aantal SCL-schalen: Psychoneuroticisme, Angst, Agorafobie, Depressie, Insufficiëntie, Wantrouwen en Hostiliteit. VBM- Identiteit was positief gecorreleerd met alle SCL-schalen. Voor de VBM-schaal Vaderland werd alleen een lage, positieve correlatie gevonden met Hostiliteit.

VBM-Wantrouwen correleerde ook positief met de meeste SCL-schalen: Psychoneuroticisme, Angst, Agorafobie, Depressie, Somatische Klachten, Insufficiëntie, Wantrouwen en Hostiliteit. Opvallend is dat VBM- Verrijking juist licht negatief gecorreleerd bleek te zijn met een aantal SCL-schalen: Psychoneuroticisme, Angst, Agorafobie, Depressie, Somatische Klachten, Insufficiëntie en Slaapproblemen (zie Tabel 4.12).

Tabel 4.12 Pearson- Correlaties tussen de VBM-Schalen en de SCL-90-Schalen voor de GGZ- Populatie

	SCL-90								
	PN	AN	AG	DE	SK	IN	WA	HO	SL
VBM- Afwijzing	0.28**	0.23**	0.25**	0.22**	0.12	0.20**	0.29**	0.37**	0.04
VBM- Identiteit	0.32**	0.28**	0.30**	0.21**	0.25**	0.18**	0.27**	0.35**	0.15*
VBM- Vaderland	0.13	0.12	0.10	0.08	0.11	0.05	0.10	0.19**	0.10
VBM- Wantrouwen	0.36**	0.20**	0.25**	0.33**	0.16*	0.28**	0.42**	0.39**	0.03
VBM- Verrijking	-0.16*	-0.19**	-0.13*	-0.13*	-0.16**	-0.14*	-0.08	-0.11	-0.14*

Noot. \*  $p \leq 0.05$ ; \*\*  $p \leq 0.01$   $n = 229$ ; behalve voor correlaties met de NEO: dan  $n = 204$ . SCL-PN: Psychoneuroticisme; SCL-AN: Angst; SCL-AG: Agorafobie; SCL-DE: Depressie; SCL-SK: Somatische Klachten; SCL-IN: Insufficiëntie van Denken en Handelen; SCL-WA: Wantrouwen en Interpersoonlijke Sensitiviteit; SCL-HO: Hostiliteit; SCL-SL: Slaapproblemen.

Alles bij elkaar is het wel te begrijpen dat VBM- Verrijking, dat wil zeggen het leven in Nederland als een verrijking en uitdaging ervaren en er tevreden mee zijn, een significant negatief verband heeft met de meeste schalen van de SCL-90, die ziek zijn c.q. het hebben van klachten weerspiegelen. Het andere verband dat gevonden werd, is zeer begrijpelijk en logisch: negatief getinte schalen van de VBM hebben een positief verband met bijna al de negatieve schalen van de SCL-90. Kortom: de Turkse migranten die het leven als een migrant relatief negatief ervaren, hebben meer gezondheidsproblemen.

#### 4.10.1.8 Correlaties voor de Algemene Populatie van Turken in Nederland (n = 200)

4

##### 4.10.1.8.1 Correlaties van scores op de VBM- schalen met scores op de WHOQOL-domeinen van Kwaliteit van Leven

VBM-Afwijzing was matig negatief gecorreleerd met Algemene Kwaliteit van Leven, Algemene Gezondheid en met alle WHOQOL-domeinen. VBM- Identiteit daarentegen bleek sterk negatief gecorreleerd te zijn met Kwaliteit van Leven in het algemeen, Algemene Gezondheid en Lichamelijke Gezondheid. Een minder sterke samenhang werd gevonden met Psychologische Gezondheid, Sociale Relaties en Omgeving. Er kon verder een relatief lage, negatieve correlatie aangetoond worden tussen VBM-Vaderland enerzijds en Kwaliteit van Leven voor de domeinen Lichamelijke Gezondheid en Omgeving anderzijds. VBM-Wantrouwen hing matig tot sterk negatief samen met Algemene Kwaliteit van Leven en Algemene Gezondheid en alle WHOQOL- domeinen. Er werden tenslotte lage tot middelmatige correlaties gevonden tussen VBM- Verrijking en scores op de WHOQOL- domeinen (zie Tabel 4.13).

Tabel 4.13 *Pearson- Correlaties tussen de VBM- Schalen en de WHOQOL-100 voor de Algemene Populatie van Turken in Nederland (AP)*

	WHOQOL-100				
	KvL	LG	PG	SR	O
VBM- Afwijzing	-0.40**	-0.42**	-0.37**	0.36**	-0.46**
VBM- Identiteit	-0.50**	-0.54**	-0.48**	0.46**	-0.47**
VBM- Vaderland	-0.10	-0.15*	0.03	0.04	-0.15*
VBM- Wantrouwen	-0.43**	-0.38**	-0.43**	-0.53**	-0.37**
VBM- Verrijking	0.32**	0.20**	0.18**	0.23**	0.36**

Noot. \*  $p \leq 0.05$ ; \*\*  $p \leq 0.01$ ;  $n = 200$ . WHOQOL- KvL: Algemene Kwaliteit van Leven en Algemene Gezondheid; WHOQOL- LG: Lichamelijke Gezondheid; WHOQOL-PG:Psychologische Gezondheid; WHOQOL-SR: Sociale Relaties; WHOQOL-O: Omgeving.

Al met al kunnen we concluderen dat alle negatief getinte schalen van de VBM, zoals Afwijzing, Identiteit, Wantrouwen en Vaderland een significant negatief verband hebben met bijna alle domeinen van de WHOQOL-100. Dit suggereert dat Turken die vooral de negatieve kanten van het migrant zijn ervaren, des te meer risico lopen dat het niveau van hun Kwaliteit van Leven op alle terreinen slecht of slechter zal zijn. Wanneer Turken het leven in Nederland daarentegen als een verrijking, een uitdaging, dus positief ervaren, dan is de Kwaliteit van Leven beter. Verder is het opvallend dat deze conclusie niet alleen voor de GGZ- populatie (zie 4.10.1.7.2) geldig is, maar ook voor de AP.

#### 4.10.1.8.2 Correlaties tussen de VBM- schalen en de SCL-90- schalen; AP- groep

De VBM-schaal Afwijzing bleek matig positief gecorreleerd te zijn met alle SCL-90- schalen. VBM- Identiteit correleerde matig tot sterk positief met alle SCL-90- schalen. VBM-Vaderland hing licht positief samen met een aantal SCL-90- schalen, namelijk Psychoneuroticisme, Agorafobie, Somatische Klachten, Insufficiëntie, Wantrouwen en Hostiliteit. VBM- Wantrouwen hing matig tot sterk positief samen met alle SCL-90- schalen. De hoogste correlatie die gevonden werd, was die met SCL-90- Wantrouwen. De overige correlaties varieerden van 0.30 tot 0.48. Er bestonden daarentegen relatief lage, maar desalniettemin significante, negatieve verbanden tussen VBM- Verrijking en alle SCL-90- schalen, uitgezonderd Slaapproblemen (zie Tabel 4.14).

Tabel 4.14 Pearson- Correlaties tussen de VBM- Schalen en de SCL-90- Schalen voor de Algemene Populatie van Turken in Nederland (AP)

	SCL-90								
	PN	AN	AG	DE	SK	IN	WA	HO	SL
VBM- Afwijzing	0.47**	0.37**	0.42**	0.37**	0.38**	0.46**	0.48**	0.40**	0.30**
VBM- Identiteit	0.60**	0.50**	0.48**	0.54**	0.54**	0.53**	0.52**	0.50**	0.40**
VBM- Vaderland	0.20**	0.12	0.19**	0.14	0.15*	0.19**	0.19**	0.22**	0.08
VBM- Wantrouwen	0.48**	0.40**	0.38**	0.48**	0.34**	0.40**	0.52**	0.35**	0.30**
VBM- Verrijking	-0.19**	-0.16*	-0.19*	-0.16*	-0.20**	-0.15*	-0.16*	-0.17*	-0.03

Noot. \*  $p \leq 0.05$ ; \*\*  $p \leq 0.01$ ;  $n = 200$ . SCL-PN: Psychoneuroticisme; SCL-AN: Angst; SCL-AG: Agorafobie; SCL-DE: Depressie; SCL-SK: Somatische Klachten; SCL-IN: Insufficiëntie van Denken en Handelen; SCL-WA: Wantrouwen en Interpersoonlijke Sensitiviteit; SCL-HO: Hostiliteit; SCL-SL: Slaapproblemen.

Op basis van deze bevindingen is het aannemelijk dat hier dezelfde conclusie van toepassing is, als bij de GGZ-populatie. (Zie 4.10.1.7.3). De vier negatief getinte schalen van VBM hebben een positief verband met bijna al de (negatieve) schalen van SCL-90. Daar staat

tegenover dat er sprake is van een negatief verband tussen de positief getinte VBM- schaal Verrijking en bijna alle schalen van de SCL-90. Dit wil zeggen dat de Turken die meer de negatieve kanten van migrant zijn, ervaren, des te meer psychische klachten hebben en dat Turken naarmate die het leven in Nederland als een verrijking en uitdaging ervaren, gezonder zijn c.q. minder klachten hebben. Het geeft te denken dat deze conclusie niet alleen voor de GGZ- populatie geldt, maar ook voor de AP!

#### 4.10.1.9 Verschillen tussen de gevonden correlaties voor de GGZ-populatie en de Algemene Populatie

Om te bepalen of de verschillen tussen de correlaties voor beide groepen statistisch significant waren, werd gebruikt gemaakt van Fisher z-transformaties. Na toetsing van het verschil van de gestandaardiseerde correlatiecoëfficiënten bleek er in een aantal gevallen inderdaad sprake te zijn van een significant verschil. De betreffende correlaties en de bijbehorende z-waarden staan in Tabel 4.15.

*Tabel 4.15 Verschillen tussen de Correlatiecoëfficiënten voor de GGZ- Populatie en de Algemene Populatie van Turken in Nederland (AP)*

Variabelen	Correlatie voor de GGZ- populatie	Correlatie voor de Algemene Populatie	z-waarde
<b>VBM versus WHOQOL-100</b>			
Afwijzing - Algemene KvL	-0.13	-0.40	2.96**
Afwijzing - Lichamelijke Gezondheid	-0.18	-0.42	2.76**
Afwijzing – Omgeving	-0.26	-0.46	2.35*
Identiteit - Algemene KvL	-0.29	-0.50	2.55*
Identiteit - Lichamelijke Gezondheid	-0.30	-0.54	2.96**
Wantrouwen- Algemene KvL	-0.19	-0.43	2.76**
Wantrouwen - Lichamelijke Gezondheid	-0.19	-0.38	2.14*
<b>VBM versus SCL-90</b>			
Afwijzing - Psychoneuroticisme	0.28	0.47	2.25*
Afwijzing - Somatische Klachten	0.12	0.38	2.86**
Afwijzing - Insufficiëntie	0.20	0.46	3.06**
Afwijzing - Wantrouwen	0.29	0.48	2.25*
Afwijzing - Slaapproblemen	0.04	0.30	2.76**
Identiteit - Psychoneuroticisme	0.32	0.60	3.67***
Identiteit - Angst	0.28	0.50	2.65**
Identiteit - Agorafobie	0.30	0.48	2.14*
Identiteit - Depressie	0.21	0.54	3.98****



Tabel 4.15 Verschillen tussen de Correlatiecoëfficiënten voor de GGZ- Populatie en de Algemene Populatie van Turken in Nederland (AP) (vervolg)

Variabelen	Correlatie voor de GGZ- populatie	Correlatie voor de Algemene Populatie	z-waarde
Identiteit - Somatische Klachten	0.25	0.54	3.47***
Identiteit - Insufficiëntie	0.18	0.53	4.18****
Identiteit - Wantrouwen	0.27	0.52	3.06**
Identiteit - Slaapproblemen	0.15	0.40	2.76**
Wantrouwen - Angst	0.20	0.40	2.45*
Wantrouwen - Slaapproblemen	0.03	0.30	2.86**

Noot. \*  $p \leq 0.05$ ; \*\*  $p \leq 0.01$ ; \*\*\*  $p \leq 0.001$ ; \*\*\*\*  $p \leq 0.0001$

Er werden geen verschillen gevonden voor de mate waarin de VBM-schalen onderling samenhingen. Wel bestonden er verschillen tussen de negatief getinte VBM- schalen Afwijzing, Identiteit en Wantrouwen enerzijds en schalen van de WHOQOL-100 en de SCL-90 anderzijds. Correlaties van deze VBM- schalen met scores voor de WHOQOL-100-domeinen en de SCL-90- schalen waren vaak hoger voor mensen buiten de GGZ, dan voor mensen binnen de GGZ. Opvallend was bijvoorbeeld dat de VBM- schaal Identiteit bij de AP van Turken in Nederland sterker bleek samen te hangen met verschillende psychische klachten, dan bij de GGZ- populatie.

Samenvattend lijkt het zo te zijn dat de negatief getinte VBM- schalen in de AP in sterkere mate samenhangen met Kwaliteit van Leven en psychische klachten, dan in de steekproef bij de GGZ- populatie.

#### 4.1.1.10 Regressieanalyses

##### 4.10.1.10.1 Multiple regressieanalyses van de VBM- schalen op de WHOQOL-100

Om te onderzoeken of de VBM-schalen geschikte voorspellers zijn van Kwaliteit van Leven, werden multiple regressieanalyses uitgevoerd (*stepwise* methode). Daarbij waren de VBM-schalen de onafhankelijke variabelen en telkens één van de WHOQOL-domeinen de afhankelijke variabele. Deze analyses waren bedoeld om na te gaan of Kwaliteit van Leven te voorspellen was op basis van de beleving van migrant zijn.

Kwaliteit van Leven in het algemeen en waargenomen Algemene Gezondheid werden significant voorspeld door de VBM- Identiteit scores ( $\beta = -0.35$ ,  $p < 0.05$ ) en de VBM-Vaderland scores ( $\beta = 0.15$ ,  $p < 0.05$ ). Het model verklaarde 10.3 % van de variantie. VBM-Identiteit bleek een significante predictor voor Lichamelijke Gezondheid ( $\beta = -0.30$ ,  $p < 0.05$ ); 9.2

% van de variantie werd op basis van VBM-Identiteit verklaard. Psychologische Gezondheid werd significant voorspeld door VBM-Identiteit ( $\beta = -0.25, p < 0.05$ ), VBM-Wantrouwen ( $\beta = -0.21, p < 0.05$ ), VBM-Vaderland ( $\beta = -0.22, p < 0.05$ ) en VBM-Afwijzing ( $\beta = -0.18, p < 0.05$ ). Het model verklaarde 20.3 % van de variantie. Het domein Sociale Relaties werd significant voorspeld door VBM-Wantrouwen ( $\beta = -0.37, p < 0.05$ ), VBM-Identiteit ( $\beta = -0.27, p < 0.05$ ) en VBM-Vaderland ( $\beta = -0.15, p < 0.05$ ). Het model verklaarde 22.1 % van de variantie. De scores op het WHOQOL-domein Omgeving tenslotte werden significant voorspeld door VBM-Identiteit ( $\beta = -0.19, p < 0.05$ ), VBM-Verrijking ( $\beta = 0.26, p < 0.05$ ) en VBM-Wantrouwen ( $\beta = -0.25, p < 0.05$ ). Dit model verklaarde 19.6 % van de variantie.

#### 4.10.1.10.2 Logistische regressieanalyses van de VBM- schalen op de NEO-PI-R en As-I- stoornissen

4

Om te onderzoeken of psychische klachten van de Turkse GGZ- populatie te voorspellen zijn op basis van geslacht, leeftijd, de beleving van migrant zijn en persoonlijkheidskenmerken werden logistische regressieanalyses uitgevoerd met als afhankelijke variabele het *wel* of *niet* hebben van een psychiatrische diagnose en als onafhankelijke variabelen: Geslacht, Leeftijd, de VBM-schalen en de NEO- schalen. Het totale model bestaat dus steeds uit: Geslacht, Leeftijd, VBM-Afwijzing, VBM-Identiteit, VBM-Vaderland, VBM-Wantrouwen, VBM-Verrijking, NEO-Altruïsme, NEO-Zorgvuldigheid, NEO-Extraversie, NEO-Neuroticisme en NEO-Openheid. Geslacht (Odds Ratio= 2.42) bleek een significante predictor te zijn voor het hebben van een As-I- diagnose. Vrouwen scoorden hoger dan de mannen. Het totale model verklaarde echter slechts 6.3 % van de variantie. Wat betreft de soort stoornis werden er geen significante predictoren gevonden voor een Depressie met Vitale Kenmerken (Eenmalig, Licht). Voor een Depressie met Vitale Kenmerken (Eenmalig, Matig) bleken Geslacht (vrouwen)(Odds Ratio= 4.78) en NEO-Neuroticisme (Odds Ratio= 1.04) wel significante predictoren te zijn. Het totale model verklaarde 25.3 % variantie. Voor een gegeneraliseerde angststoornis bleken Geslacht (Odds Ratio= 3.29), NEO- Zorgvuldigheid (Odds Ratio= 1.03) en VBM- Vaderland (Odds Ratio= 0.85) significante predictoren te zijn. Het totale model verklaarde 19.7 % van de variantie.

#### 4.10.1.10.3 Logistische regressieanalyses met betrekking tot wel of niet hebben van As- I- stoornissen

Mogelijke verschillen op de VBM-schalen zijn onderzocht in een vergelijking tussen mannen en vrouwen die een wel of geen As-I- diagnose hadden. Significante verschillen tussen mannen en vrouwen die *wel* een As-I- diagnose hadden werden gevonden met betrekking tot de schaal VBM-Afwijzing: mannen rapporteerden zich meer/vaker afgewezen te voelen door Nederlanders dan vrouwen. Deze verschillen zien we ook op de schaal VBM-Verrijking: vrou-

wen ervaren het leven in Nederland meer/vaker als een verrijking dan mannen. Een ander significant verschil tussen mannen en vrouwen zien we bij de populatie die *geen* As-I- diagnose heeft. In dit geval scoorden mannen hoger dan vrouwen op de schaal VBM-Vaderland. Dit wil zeggen dat mannen meer gericht zijn op het land van herkomst (dus Turkije) en het verleden dan de vrouwen (Zie Tabel 4.16).

Tabel 4.16 *Verschillen tussen Mannen en Vrouwen op de VBM- Schalen in Relatie Tot Wel/Geen As-I- Diagnose*

VBM	Mannen (n = 77)	Vrouwen (n = 127)	t (df)
Afwijzing			
As - I- diagnose	21.55 (5.79) (n = 42)	19.20 (5.58) (n = 94)	2.24 (134)*
Geen As-I- diagnose	19.40 (6.18) (n = 35)	18.36 (6.39) (n = 33)	0.68 (66)
Identiteit			
As-I- diagnose	17.59 (6.12)	17.81 (5.21)	-0.21 (134)
Geen As-I- diagnose	17.97 (4.84)	17.06 (5.09)	0.76 (66)
Vaderland			
As-I- diagnose	19.23 (5.29)	17.68 (4.79)	1.69 (134)
Geen As-I- diagnose	19.63 (4.86)	16.45 (5.35)	2.56 (66)*
Wantrouwen			
As-I- diagnose	18.50 (5.39)	19.01 (4.58)	0.57 (134)
Geen As-I- diagnose	19.14 (3.98)	18.69 (3.59)	0.48 (66)
Verrijking			
As-I- diagnose	15.86 (5.12)	17.64 (4.38)	-2.08 (134)*
Geen As-I- diagnose	17.74 (5.00)	17.72 (4.96)	0.13 (66)

Noot . \*  $p < 0.05$ ; \*\*  $p < 0.01$

#### 4.10.1.10.4 Logistische regressieanalyses met betrekking tot wel of niet hebben van As- II-stoornissen

Er werd voor cliënten met en zonder een As-II- diagnose apart onderzocht of er, afhankelijk van geslacht, verschillen bestonden op de VBM- schalen. Voor VBM-Afwijzing werden noch voor mensen *met* een As-II- diagnose, noch voor mensen *zonder* een As-II- diagnose verschillen tussen mannen en vrouwen gevonden. Ook voor wat betreft VBM-Identiteit werden voor beide groepen geen verschillen gevonden tussen mannen en vrouwen.

Voor mensen die *wel* een As-II- diagnose hadden, bestond er geen significant verschil tussen mannen en vrouwen op de schaal VBM-Vaderland. Bij mensen die *geen* As- II- diag-

nose hadden, daarentegen scoorden mannen significant hoger dan vrouwen op deze schaal. Ten aanzien van VBM-Wantrouwen werden zowel voor personen *met* een As-II- diagnose als voor personen *zonder* deze diagnose geen verschillen gevonden tussen mannen en vrouwen.

Op de schaal VBM-Verrijking werd voor mensen bij wie *wel* een As-II- diagnose was vastgesteld, geen significant verschil tussen mannen en vrouwen gevonden. Bij mensen die *geen* As- II- diagnose hadden, scoorden vrouwen significant hoger dan mannen op VBM-Verrijking (zie Tabel 4.17).

Tabel 4.17 Verschillen tussen Mannen en Vrouwen op de VBM- Schalen voor Wel/Geen As-II- Diagnose

VBM		Mannen (n = 77)	Vrouwen (n = 127)	t (df)
Afwijzing				
	As -II- diagnose	21.55 (5.92) (n = 22)	19.71 (6.37) (n = 41)	1.12 (61)
	Geen As-II - diagnose	20.18 (6.09) (n = 55)	18.64 (5.50) (n = 86)	1.56 (139)
Identiteit				
	As-II- diagnose	18.18 (5.59)	17.15 (5.79)	0.69 (61)
	Geen As-II- diagnose	17.60 (5.57)	17.84 (4.86)	-0.27 (139)
Vaderland				
	As-II- diagnose	18.27 (5.13)	16.90 (5.67)	0.94 (61)
	Geen As-II- diagnose	19.87 (5.03)	17.58 (4.58)	2.79 (139)**
Wantrouwen				
	As-II- diagnose	20.09 (5.25)	19.39 (4.06)	0.59 (61)
	Geen As-II- diagnose	18.27 (4.54)	18.71 (4.46)	-0.56 (139)
Verrijking				
	As-II- diagnose	17.23 (6.60)	16.73 (4.80)	0.31 (33.23)
	Geen As-II- diagnose	16.51 (4.45)	18.11 (4.33)	-2.11 (139)*

Noot. \*  $p < 0.05$ ; \*\*  $p < 0.01$

Als er onderscheid wordt gemaakt tussen (a) mensen die *wel* en (b) mensen die *geen* diagnose op As-II hebben, is het interessant om te zien dat er geen significante geslachtsverschillen gevonden werden in de groep *met* een As-II- diagnose, maar wel in de groep zonder een As-II- diagnose. Dit zou kunnen betekenen dat vrouwen en mannen met persoonlijkheidsproblematiek geen verschil in verrijking ervaren, maar dat vrouwen bij afwezigheid van persoonlijkheidsproblematiek wel meer verrijking ervaren.

## 4.11 Conclusies

Het belevingsaspect is niet gemakkelijk te analyseren. Een belangrijke reden is dat dit niet los staat van andere aspecten, zoals cognitieve en gedragsaspecten. Desalniettemin hebben we geprobeerd in dit hoofdstuk dit aspect zo duidelijk mogelijk te beschrijven. In dit geval praten we over de intrapsychische en psychosociale kanten van migratie en migrant zijn.

Bij het bestuderen van de literatuur valt op dat migratie en het leven als migrant niet *per se* negatief hoeven te zijn. Toch wegen de negatieve kanten zwaar in het dagelijkse leven van migranten. Zodoende kampen migranten met meer en ook andersoortige problemen en klachten dan autochtonen en zelfs landgenoten in het land van herkomst. Dit maakt migranten kwetsbaarder ten aanzien van het ontwikkelen van problemen en klachten (zie ook Hoofdstuk 5). Hoe treedt dit op en wat is de rol van het belevingsaspect? Dat is de vraag. Daarom hebben we, conform onze doelstelling, vraagstelling en hypothesen, dit uitgebreid beschreven. We hebben vijf facetten kunnen identificeren die een goede weerspiegeling vormen van de beleving van het migrant zijn bij Turken in Nederland. Deze fenomenen vormden tevens de basis voor de schalen van de VBM. Het was niet eenvoudig om adequate labels te vinden voor deze schalen, omdat de inhoud meerdere facetten representeerden. De vijf schalen betreffen de volgende onderwerpen: (i) Gevoel van Afwijzing en Gebrek aan Acceptatie; (ii) Verlieservaringen, Verwarring en Onzekere Identiteiten; (iii) Oriëntatie op het Land van Herkomst en Gerichtheid op het Verleden; (iv) Onderling Wantrouwen, Achterdocht, Loyaliteitsconflicten en zich Distantiëren van Landgenoten, en (v) Verrijking, Uitdaging en Teverdenheid in Nederland. Opvallend is dat vier van deze vijf schalen vrij negatief getinte onderwerpen inhouden. Vooral de vierde schaal, Onderling Wantrouwen, Ambivalentie en Loyaliteitsconflicten, houdt een constatering in die contrasteert met heersende verwachtingen.

Wat betreft de intercorrelaties van de VBM-schalen in de GGZ-populatie en de AP valt op dat het hechten van meer waarde aan het vaderland (Turkije) en het gericht zijn op het verleden, niet ten koste gaat van het ervaren van het leven in Nederland als een verrijking en uitdaging, zoals dit wel het geval is bij de GGZ-populatie. Dit kan betekenen dat gezonde mensen beter om kunnen gaan met leven tussen twee landen. Ook is het belangrijk om te benadrukken dat de GGZ-populatie significant hoger scoorde op de drie negatief getinte schalen, VBM-Afwijzing, VBM-Identiteit en VBM-Onderling Wantrouwen dan de AP. Er is ook sprake van significante verschillen tussen mannelijke en vrouwelijke respondenten op twee schalen van de VBM, VBM-Afwijzing en VBM-Vaderland. Op beide schalen scoorden mannen significant hoger dan vrouwen. Zoals we in de betreffende sectie nader beschreven hebben, is dit ook aannemelijk, omdat het te maken heeft met de posities van mannen en vrouwen in het dagelijks leven in Nederland.

Wat betreft de mogelijke verbanden tussen de schalen van VBM en NEO-PI-R valt op dat Neuroticisme als een negatief getinte schaal significant verband heeft met meerdere schalen van de VBM. Hoe neurotischer de persoon, des te hoger diens score op de negatieve

schalen van VBM en des te lager op VBM-Verrijking. Deze verbanden zijn ook geldig voor het aanwezige negatieve verband tussen de neutraal- positief getinte schalen van NEO-PI-R met de negatief getinte schalen van de VBM. Min of meer dezelfde conclusie geldt ook voor de mogelijke verbanden tussen de schalen van de VBM en de WHOQOL-100. Er werd een negatief verband gevonden tussen de algemene Kwaliteit van Leven en algemene gezondheid met de drie negatief getinte schalen van VBM (Afwijzing, Identiteit en Wantrouwen). Dit verband zien we ook terug met betrekking tot alle andere domeinen van WHOQOL. Opvallend zijn ook de relaties tussen bovengenoemde negatieve schalen van de VBM en nagenoeg alle schalen van de SCL-90. Nog opvallender is dat dit zowel voor de GGZ-populatie als voor de AP van Turken in Nederland geldig is. Drie schalen van de VBM (Afwijzing, Identiteit en Wantrouwen) zijn goede predictoren van de meeste klachten, hetzij op As-I, hetzij op As-II- niveau! Op basis van logistische regressieanalyses bleek Geslacht ook een significante predictor te zijn voor het hebben van een As-I- diagnose: Turkse vrouwen scoorden significant hoger dan de deelnemende Turkse mannen.

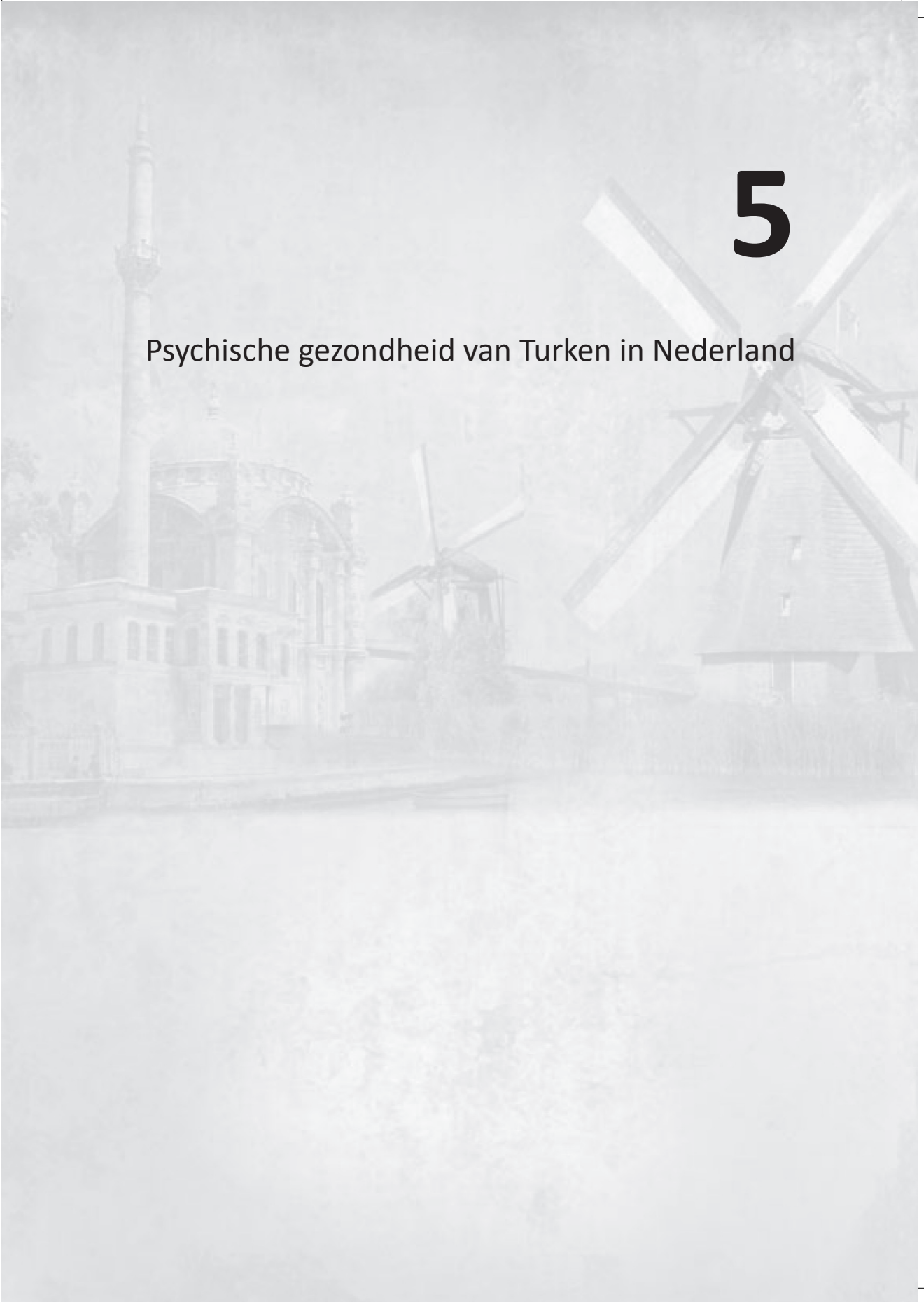
Kortom: het is mogelijk om te zeggen dat de VBM een vragenlijst is (zie Bijlage 5.1) die niet alleen herkenbare aspecten van het leven als migrant van Turken in Nederland weerspiegelt, maar deze aspecten ook goed meet. Door middel van de scores op de VBM is het mogelijk inzicht te krijgen in de psychische gezondheid en de risico's voor het ontwikkelen van psychische stoornissen en kunnen we een inschatting maken over de Kwaliteit van Leven in Nederland. Het is een uitdaging met betrekking tot toekomstig onderzoek om deze vragenlijst af te nemen bij grotere Turkse onderzoeksgroepen in Nederland en wellicht ook in sommige andere Europese landen, zoals Duitsland. Een ander idee is in dit verband om deze vragenlijst, uiteraard na enige mogelijke aanpassingen, bij andere migrantgroepen, zoals Marokkanen of Surinamers, te gebruiken.

## 4.12 Literatuur

- Berry, J.W. (1992). Acculturation and adaptation in a new society. *International Migration, special issue Migration and Health in the 1990's*, 30, 69-85.
- Berry, J.W. (1997). Immigration, acculturation and adaptation. *Applied Psychology: An International Review*, 46, 5-35.
- Can, M. (2002). Heb je wel eens een niet-depressieve migrant gezien? In *Behandeling van depressie; sekse - en etnischspecifiek bekeken*. Symposium verslag. Utrecht: TransAct.
- First, M.B., Spitzer, R.L., Gibbon, M., & Williams, J.B. (1997). *The Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis-II Disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Giel, R., & Nienhuis, F.J. (1999). *SCAN 2.1. Vragenschema's voor de klinische beoordeling in de neuropsychiatrie*. Groningen: Swets Test Publishers.
- Huizingh, E. (2004). *Inleiding SPSS 12.0 voor Windows en Data Entry*. Den Haag: Academic Service.
- Mooren, T., Knipscheer, J., Kamperman, A., Kleber, R., & Komproe, I. (2001). The Lowlands Acculturation Scale. Validity of an adaptation measure among migrants in The Netherlands. In T.M. Mooren (Red.), *The impact of war* (pp. 49-68). Delft: Eburon Publishers.
- Phalet, K., & Verkuyten, M. (2001). Acculturatiemetingen. In N. Bleichrodt & F. van de Vijver (Red.), *Diagnostiek bij allochtonen. Mogelijkheden en beperkingen van psychologische tests* (pp. 177-198). Lisse: Swets & Zeitlinger Publishers.
- Spitzer, R.L., Williams, J.B.W., Gibbon, M., & First, M.B. (1990). *Structured Clinical Interview for DSM-III-R-Personality Disorders (SCID-II)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- SPSS version 12.0*. (2004). Chicago, IL: SPSS Inc.,

# 5

## Psychische gezondheid van Turken in Nederland

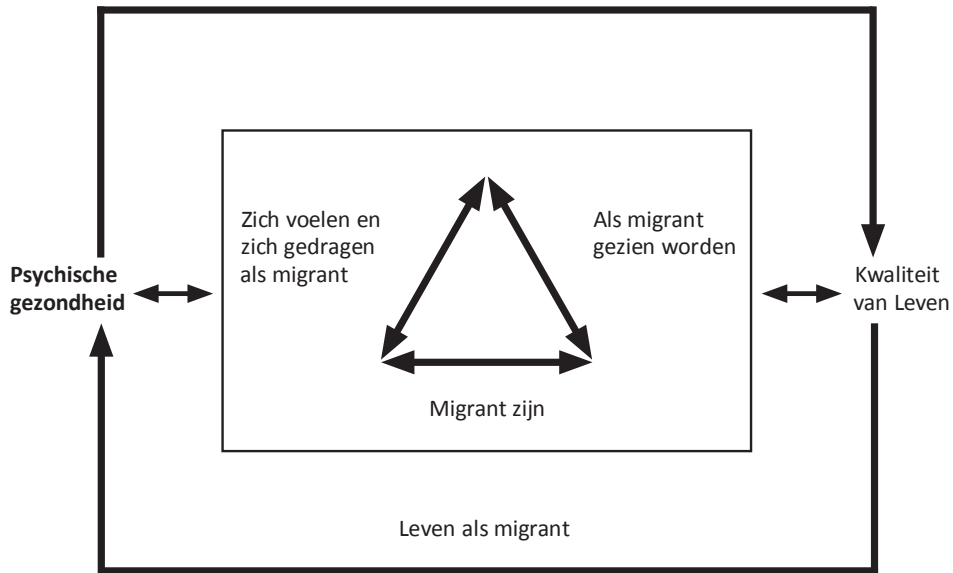






## 5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt de psychische gezondheid van de onderzoekspopulatie beschreven. Daartoe wordt in eerste instantie aandacht besteed aan de determinanten van gezondheid in hun algemeenheid en daarna aan migratie en psychische gezondheid als belangrijke componenten in ons conceptuele model (Figuur 5.1).



Figuur 5.1. Veronderstelde Samenhang tussen de Context van het Leven als Migrant, Kwaliteit van Leven en Psychische Gezondheid.

## 5.2 Gezondheidsdeterminanten

Migranten maken onderdeel uit van de samenleving waarin ze zich bevinden. Vandaaruit staan ze in de samenleving, net als autochtonen, constant in wisselwerking met de determinanten van gezondheid in hun totaliteit en psychische gezondheid in het bijzonder. Wat betreft gezondheidsdeterminanten kan het gaan om sociale en fysieke determinanten (zoals: sociaal-economische status, sociale relaties, niveau van verstedelijking, fysieke factoren et cetera), alsmede psychobiologische determinanten (zoals: genetische factoren, gezondheidstoestand, persoonlijkheidskenmerken, et cetera) (Ormel, Neeleman, & Wiersma, 2000).

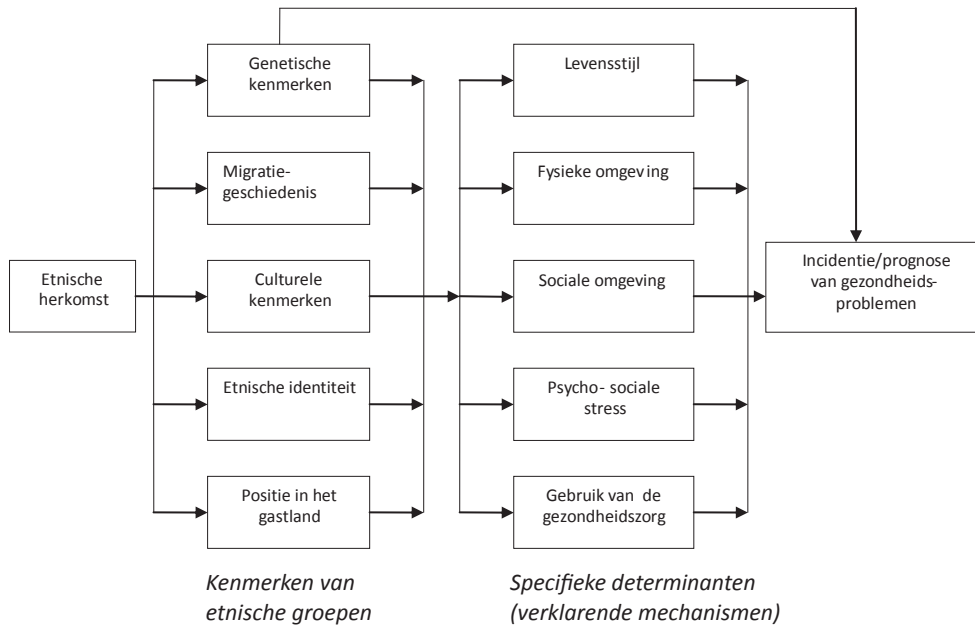
Alhoewel ieder mens een risico loopt op het ontwikkelen van een psychische stoornis, is het al lange tijd bekend dat sommige mensen met bepaalde specifieke kenmerken hiervoor een groter risico lopen (Hodiamont, Peer, & Syben, 1987; Vollebergh, De Graaf,

Ten Have, Schoemaker, Van Dorsselaer, Spijker, & Beekman, 2003). Het gaat dan om: mensen met bepaalde demografische kenmerken, zoals: jongvolwassenen, stedelingen, alleenstaanden en alleenstaande ouders; mensen met bepaalde sociaal-economische kenmerken, zoals: lager opgeleiden, volwassenen met een laag of gemiddeld inkomen, huisvrouwen, huismannen, werklozen en arbeidsongeschikten; mensen met een problematische voorgeschiedenis, zoals: kinderen van ouders met een psychische stoornis en volwassenen die vroeger mishandeld of verwaarloosd zijn. Daarnaast is er ook sprake van een verhoogd risico voor sommige groepen met betrekking tot specifieke psychische stoornissen. Zo lopen vrouwen bijna twee keer zoveel risico op stemmingsstoornissen en angststoornissen, terwijl mannen een vier keer groter risico lopen op misbruik of afhankelijkheid van alcohol en/of drugs. Verder komen bij stedelingen twee keer zo vaak middelenstoornissen voor dan bij mensen van het platteland. Ook mensen die weinig sociale steun krijgen, lopen bijna tweeneenhalf keer meer risico op een psychische stoornis. Het is ook bekend dat homoseksuele mannen meer risico hebben op stemmingsstoornissen dan heteroseksuele mannen, lager opgeleiden meer angststoornissen hebben en werklozen meer stemmingsstoornissen (Bruffaerts, Bonnewijn, Van Oyen, Demarest, & Demyttenaere, 2004; Vollebergh et al., 2003). Naast deze determinanten die normaal gesproken voor iedereen geldig zijn, zijn er nog minder algemene factoren die zowel afzonderlijk als in combinatie met andere factoren invloed hebben op de gezondheid van migranten. Deze factoren beïnvloeden zowel impliciet als expliciet de drie hoofdonderwerpen van het huidige onderzoek. Daarom worden deze determinanten hieronder in het kort weergegeven.

### 5.3 De determinanten van de gezondheid van migranten

De positie van migranten is een complex onderwerp dat onder invloed staat van verschillende determinanten. Zoals in Figuur 5.2 te zien is, spelen deze factoren afzonderlijk en in combinatie met andere factoren een rol ten aanzien van de samenhang tussen etniciteit en gezondheid (Foets, Suurmond, & Stronks, 2007b).

Genetische kenmerken, migratiegeschiedenis, culturele kenmerken en acculturatie, etnische identiteit en positie in het gastland hebben direct of indirect invloed op de incidentie en prognose van gezondheidsproblemen. Deze beïnvloeding vindt meestal plaats via specifieke determinanten (mogelijke risicofactoren, zoals: levensstijl, fysieke omgeving, sociale omgeving, psycho-sociale stress, gebruik van de gezondheidszorg en dergelijke). Bij dit schema is een andere opmerking betreffende de selectieverklaring op zijn plaats. Het gaat hier om de omgekeerde relatie, namelijk de invloed van gezondheid op het al dan niet migreren naar Nederland of op de terugkeer naar het land van herkomst.



*Figuur 5.2. Conceptueel Model, waarin Mogelijke Verklaringen voor de Samenhang tussen Etniciteit en Gezondheid zijn Geïntegreerd (Foets et al., 2007b; opgenomen met toestemming van de auteurs).*

Terwijl het wel te verwachten is dat migrant zijn en leven als migrant determinanten kunnen zijn voor de gezondheid van migranten (De Wit et al., 2008), is dat tot nu toe nog niet als zodanig vastgesteld. Hiervoor moeten nog systematische, diepgaande onderzoeken verricht worden. Wel wordt de laatste jaren steeds meer gesproken over het feit dat cultuur invloed heeft op de prevalentie en het verloop van (psychische) stoornissen. Het *Cultural Influences on Mental Health* (CIMH) model van Hwang, Myers, Abe-Kim en Ting (2008) probeert deze invloeden weer te geven op basis van zes domeinen die constant in wisselwerking met elkaar zijn: (i) de prevalentie van ziekten, (ii) de etiologie en het verloop daarvan, (iii) het uiten van gevoelens van spanning, (iv) het vaststellen van een psychische stoornis, dat wil zeggen de diagnose, (v) de manieren van omgaan met ziekte en hulpzoekgedrag en (vi) interventies en behandelingen. Daarom is het aannemelijk dat culturele invloeden op de gezondheid tijdens migratie en het leven als migrant een (andere) betekenis krijgen.

Naast het feit dat er zoveel factoren zijn die als determinanten van de gezondheid van migranten bestempeld kunnen worden, is er ook sprake van andere factoren die invloed kunnen hebben op de frequentie van gezondheidsproblemen bij allochtonen (Mackenbach, 1996): (i) artefacten van de wijze van gegevensverzameling; (ii) genetische factoren; (iii) blootstelling aan gezondheidsbevorderende en -schadende factoren in het land van herkomst; (iv) selecties bij migratie naar Nederland; (v) gezondheidseffecten van migratie

als zodanig; (vi) blootstelling aan gezondheidsbevorderende en -schadende factoren in Nederland; (vii) selecties bij remigratie en naturalisatie. Volgens Mackenbach (1996) spelen vooral de hier op de derde, vierde en vijfde plaats genoemde factoren een cruciale rol bij de eerste generatie migranten en doen de andere factoren meer hun invloed gelden bij de nieuwe generaties.

Migranten hebben niet alleen te maken met de hierboven genoemde determinanten van hun gezondheid, maar ook met hun 'zorggebruik'. In dit kader hebben Foets et al. (2007b) het model van Andersen (1995) gebruikt om etnische verschillen in zorggebruik te verklaren en mogelijke verschillen in toegankelijkheid vast te stellen. In dit model wordt zorggebruik in eerste instantie beïnvloed door de factoren Noodzaak, Mogelijkheid en Geneigdheid. Deze zijn niet los te zien van twee andere belangrijke factoren, namelijk (i) individuele factoren (demografische en genetische kenmerken, migratie, culturele kenmerken en acculturatie, positie in het gastland waaronder sociaal-economische status, discriminatie en sociale netwerken en (ii) aanbodsgelinkte kenmerken (zoals: toegankelijkheid, deskundigheid, bejegening, communicatie en professioneel gedefinieerde behoefte). Overigens wordt in de literatuur vermeld dat verschillen in zorggebruik te maken hebben met het vaker vóórkomen van gezondheidsproblemen onder mensen met een lage sociaal-economische positie, nooit gehuwden en allochtonen (Kunst, Meerding, Varenik, Polder, & Mackenbach, 2004).

Ten aanzien van de GGZ-praktijk is het zorggebruik van allochtonen nog concreter geanalyseerd door De Jong (1996a). Dit is gebeurd aan de hand van het Filtermodel van Goldberg en Huxley (1992) (Zie ook Hosper, Van 't Hof, Knipscheer, Vollebergh, & Bijl, 1999a; Knipscheer & Kleber, 1998). In dit model worden vijf *niveaus* onderscheiden: (i) psychische problemen op bevolkingsniveau; (ii) morbiditeit in de huisartsenpraktijk; (iii) door de huisarts gediagnosticeerde patiënten; (iv) patiënten in de ambulante GGZ; (v) patiënten in de intramurale GGZ. Daarnaast worden vier *filters* onderscheiden: (i) ziektegedrag; (ii) herkenning als psychiatrisch geval door de huisarts; (iii) verwijzing naar de GGZ; en (iv) toelating tot de intramurale GGZ. Dit model sluit goed aan bij het organisatiemodel van de Nederlandse gezondheidszorg. Het wijkt echter aanzienlijk af van de meeste modellen in de herkomstlanden van allochtone groeperingen in Nederland en van hun manier van omgaan met ziekte. In Hoofdstuk 6 wordt uitgebreider ingegaan op ziektegedrag, hulpzoekgedrag en zorgconsumptie van Turken in Nederland.

Na deze korte schets van het algemene theoretische kader wordt hieronder gefocust op migratie en psychische gezondheid. In dit proefschrift wordt de nadruk gelegd op de psychische gezondheid. In Hoofdstuk 6 wordt daarnaast aandacht besteed aan de meer algemene gezondheidsbeleving.

## 5.4 Migratie en psychische gezondheid

Hieronder volgt eerst een overzicht van de migratietheorieën die de relatie tussen migratie en psychische gezondheid weergeven en trachten te verklaren. Na deze theoretische inleiding wordt concreter ingegaan op deze relatie aan de hand van de bevindingen uit het huidige onderzoek.

### 5.4.1 Migratietheorieën en (psychische) gezondheid

*“Alle migranten gaan door het meest belastende wasprogramma, maar sommige komen er gekrompen uit” (Sterman, 1996, p. 143).*

Aangezien migratie een langdurend proces is met een open-eind (Suárez-Orozco & Suárez-Orozco, 1995) en intrapsychische, psychosociale, sociaalculturele en sociaaleconomische aspecten, heeft het uiteraard veel invloed op het psychische, lichamelijke en psychosociale functioneren van individuen. Alhoewel deze invloeden zowel positief (Akhtar, 1999; Bala, 1999; Barnouw, 1979; Can, 1998; Phalet & Verkuyten, 2001) als negatief (Helman, 1994) van aard kunnen zijn, is er in de praktijk zeer vaak sprake van een negatieve invloed. In deze gevallen wordt gesproken over ‘condición migrante’ (Graafsma & Tiekens, 1987), een combinatie van verschillende problemen die verbonden zijn aan het leven als migrant (postmigratie- factoren): veelvoudige verlieservaringen (Westerborg, 1999) met betrekking tot waardevolle zaken, zoals het land van herkomst, familiërelaties en sociale ondersteuning (Dekker, Swalen, & Wesenbeek, 1990; Eisenbruch, 1984; Kwon, 1995; Meurs & Cluckers, 1998), verlies van een deel van de eigen identiteit (Grinberg & Grinberg, 1977), heimwee (Furnham, 1997; Muijen, 2000; Reysoo, 2000; Sprock, 2000; Van Vliet, 2001) en acculturatiestress (Berry, 1997; Berry, Poortinga, Segall, & Dasen, 2006; Meurs, 1998). Deze zaken kunnen ervoor zorgen dat migreren als het ware als een “permanent tijdelijk verblijf” aanvoelt (Graafsma & Tiekens, 1987, p. 31; Kortmann, 2006, p. 9) of, zoals sommige auteurs suggereren, als een “langdurig proces dat misschien nooit is voltooid” (Grinberg & Grinberg, 1990, p. 1105). Migratie wordt daarom gezien als een ‘grenssituatie’, waarin individuen tegen de grenzen van hun eigen *zijn* aanlopen (Vos, 2005). Zodoende kunnen het acculturatieproces en de bijkomende acculturatiestress /acculturatieve stress, de aanvankelijk aanwezige psychische stabiliteit, intra- en interpersoonlijke harmonie, incasseringsvermogen, weerbaarheid, draagkracht, stressbestendigheid, voorheen effectieve copingstrategieën en de persoonlijkheid van de migrant aantasten (Van Bakkum, Van den Ende, Heezen, & Van den Bergh, 1996; Van Leest, 2001; Mens-Verhulst & Bekker, 2005). Daarom wordt het leven als migrant vrij snel als verlies en verarming ervaren (Can, 2004).

Opvallend is dat deze problemen niet alleen kunnen optreden bij de eerste gene-

ratie migranten, maar ook veelvuldig bij de nieuwe generaties (Van Bakkum, 1999; Bengi-Arslan, Verhulst, & Crijnen, 2002; Eppink, 1981; Hosper, Konijn, & Vollebergh, 2001; Kouratovsky, 2002). Deze problematiek kan in de latere generaties zelfs vaker voorkomen dan in de oudere generatie (De Graaf et al., 2005; Meurs, 1994). Dit is ook bekend uit de internationale literatuur (bijvoorbeeld Burnam, Hough, & Karno, 1987; Harrison et al., 1997). Migranten kunnen daarom een groter risico op psychiatrische stoornissen hebben dan autochtonen (Dieperink, Van Dijk, & De Vries, 2007) en kunnen hierin ook verschillen ten opzichte van mensen in het land van herkomst (Phalet & Verkuyten, 2001; Verdonk, 1977). Hier speelt, naast de eerder genoemde factoren, ook een andere factor een substantiële rol (Eppink, 1987): een hoger morbiditeitsrisico dat reeds aanwezig was in het land van herkomst.

Er is een aantal theorieën die de relatie tussen migratie en psychische problemen kunnen verklaren (Hertz, 1997; Knipscheer & Kleber, 1998; Mak & Schrameijer, 1983; Meurs & Cluckers, 1998; Eppink, 1987; Six, Örüçü, & Botros, 1981; Thomaes, 1994; Verdonk, 1977), zoals: de culturele-schok-theorie, de sociale isolatie-theorie, de goal-striving-stress theorie, de drifthypothese, het nostalgische fenomeenmodel en de migratie-als-stress-theorie. Naast deze verklaringen wordt er ook gesproken over het 'Specifieke Gastarbeidersyndroom' (Limburg-Okken, 1989). Hieronder worden sommige van deze theorieën nader uitgelegd.

De *culturele-schok-theorie* benadrukt dat migranten psychische problemen ervaren, omdat hun nieuwe omgeving erg verschillend is van hun oorspronkelijke omgeving. Deze verschillen komen tot uiting in roldiscontinuïteit, waardenconflicten en sociale desoriëntatie die een schokeffect teweegbrengen. Naast verschillen tussen het land van herkomst en het gastland, kan het ook gaan over verschillen tussen platteland en stad (Eppink, 1987).

De *drift-hypothese* beweert dat migranten al vóór de migratie psychische problemen hadden en dat migratie daarom eerder een gevolg is van reeds bestaande psychische problematiek (Eppink, 1987).

Het *nostalgische fenomeenmodel*, oorspronkelijk in 1968 beschreven door Hofer en later door Zwingmann (1959) aangepast, schenkt aandacht aan de opvallende manier waarop een toevlucht gezocht wordt in, en overidentificatie plaatsvindt met, het verleden en het land van herkomst, teneinde aan minderwaardigheidsgevoelens in de huidige situatie te ontkomen. Dit model benadrukt ook de gevaren van illusies en irreële verheerlijking van het 'thuis'-land en een fixatie hierop.

Volgens de *migratie-als-stress-theorie* kunnen zowel migratie zelf, als verschillende aspecten van migratie als een ingrijpende verandering (stressor) worden beschouwd. In dit kader is Thomaes (1994) van mening dat migratie gezien kan worden als een acute stressor en/of een chronische stressor. Deze stressoren hebben te maken met psychosociale, sociaal-economische, sociaalculturele, juridische en fysieke omstandigheden (Bhatnagar & Frank, 1997; Helman, 2001; Limburg-Okken, 1989; Silveira & Ebrahim, 1998). Uiteraard is

het belangrijk om te benadrukken dat een stressor niet per definitie tot ziekte leidt. Het gaat meer om een verstoring van het evenwicht tussen draaglast en draagkracht. Hierbij spelen ook andere factoren een rol (Can, 2004). Er is verder sprake van een vrij oude theorie over dit onderwerp: de smeltkroes-/ meltingpot-opvatting (Entzinger, 1987). Dit was niet alleen maar een theorie rond 1900 in de Verenigde Staten. Deze weerspiegelde verwachting en hoop dat alle immigranten zouden opgaan in één, geheel nieuwe cultuur, die de beste kanten van alle deelnemende culturen zou gaan verenigen (Kim, 2001).

Algemene kritiek op sommige van de bovengenoemde theorieën is dat migratie tot een (individueel) psychologisch fenomeen wordt gereduceerd en dat er teveel nadruk wordt gelegd op het adaptatievermogen van het individu, terwijl invloeden en verantwoordelijkheden van de ontvangende samenleving (post-migratie-factoren) onvoldoende aandacht krijgen. Sommige auteurs stellen zelfs dat de relatie tussen migratie en gezondheid erg relatief is en *het migratiesyndroom* als zodanig niet bestaat (Eppink, 1990). Net als de *goal-striving-stress- theorie* welke suggereert dat er geen directe relatie hoeft te bestaan tussen migratie en psychische problemen. De oorzaken van zulke problemen zouden ergens anders gezocht moeten worden. Hier wordt benadrukt dat vooral migranten die uit een stad komen in het land van herkomst, een groter risico hebben op psychische problematiek, bijvoorbeeld doordat zij hun doelen in het nieuwe land niet meer kunnen bereiken en ze dientengevolge problemen hebben met hun zelfconcept en zelfwaardering.

Naast deze visies, die een duidelijke relatie leggen tussen psychische klachten en migratie, zijn er ook beweringen die veronderstellen dat migratie juist *positieve effecten* heeft. Naast vooruitgang en betrekkelijk rijk worden in materiële zin, zou migratie ook mogelijkheden bieden tot individuele ontwikkeling, het kunnen profiteren van twee of zelfs meerdere culturen en het ervaren van migratie als een positieve uitdaging. Deze gunstige effecten zouden ondersteunende en beschermende systemen kunnen zijn voor het op eigen kracht en zonder hulp van professionele instellingen doorstaan van migratiestress (Can, 1998; Van Dijk, 1998). In dit kader zijn er op internationaal niveau studies gedaan die aantonen dat migranten een betere gezondheid hebben dan autochtonen (Escobar, 1998). Dit zou kunnen komen door de steunende en beschermende systemen. Dergelijke beschermende systemen hebben over het algemeen vier aspecten: (i) aan het individu (de migrant) gebonden aspecten, zoals individuele capaciteiten en vermogens, intelligentie, een positief zelfconcept en een hoog niveau van frustratietolerantie; (ii) aan het gezin/familie/systeem gebonden aspecten, zoals materieel en immaterieel elkaar ondersteunen, klaar staan voor elkaar, delen met elkaar; (iii) aan de eigen groep gebonden aspecten, zoals sociale steun, saamhorigheid, groepscohesie, adequate opvang en (iv) aspecten verbonden aan het ontvangende land. Bij dit laatste gaat het om de bescherming en de ondersteuning die het nieuwe land biedt, bijvoorbeeld door middel van de grondwet, positieve discriminatie, dan wel andere wetten en beleid. Ook gaat het om de positieve houding van de autochtone maatschappij en de



maatschappelijke instituten in het ontvangende land. Deze zouden ook draagkrachtversterkend kunnen werken bij migranten. De vraag hierbij is of deze systemen voor iedere groep migranten geldig zijn en, indien er sprake is van geldigheid, voor hoe lang dit dan is.

Naar aanleiding van deze theorieën, hypothesen en visies rijst de vraag waarom sommige migranten ten gevolge van de geschetste stresssituaties wel ziek worden en andere niet. Hierover zijn velerlei ideeën terug te vinden in de literatuur. In dit kader noemt Sterman (1996) drie hypothesen. De eerste is de *verlies-hypothese*. Deze houdt in dat sommige mensen door migratie kwetsbaarder worden voor latere verliezen. Als latere gebeurtenissen een bepaalde grens van intensiteit en hoeveelheid overschreden hebben, wordt het risico van ziek worden groter. Een tweede hypothese is gebaseerd op het idee van *incomplete rouw*. Hiermee wordt bedoeld dat het verwerken van verliezen tot meer problemen leidt, wanneer mensen nooit echt afscheid hebben kunnen nemen. Dit fenomeen ziet er bij verschillende soorten migranten (arbeidsmigrant, asielzoekers en dergelijke) anders uit. Tenslotte duidt Sterman de derde hypothese als de *zwakke broederhypothese* aan. Hier wordt de nadruk gelegd op mensen die zich al vóór de migratie moeilijk staande konden houden en bij wie de stress van het migratieproces en ook de stress van gewone levensgebeurtenissen een verdere destabilisering teweegbrengen.

Concluderend kan gesteld worden dat de bovengenoemde theorieën en constatering de hypothese suggereren dat migratie de manier van denken, de belevingen en het gedrag van migranten zodanig kan beïnvloeden dat migranten kwetsbaarder zijn voor wat betreft hun psychische en mogelijk ook hun lichamelijke gezondheid. In het huidige onderzoek nemen we dit onderwerp uitgebreid onder de loep. Daarom wordt hieronder nader ingegaan op de verschillende psychische stoornissen.

## 5.5 Gezondheid en ziekte

Hieronder wordt aandacht besteed aan de klachtenpatronen van de respondenten in het huidige onderzoek. Daarbij wordt onderscheid gemaakt tussen klachten, zoals die spontaan gerapporteerd zijn, en stoornissen die met behulp van onderzoeksinstrumenten werden vastgesteld. Hieronder wordt verder ingegaan op de (objectieve) beoordeling van de stoornissen (*disease- disorder aspect*) door gezondheidsdeskundigen (Eisenberg, 1977). In Hoofdstuk 6 wordt vervolgens de subjectieve waarneming van klachten door de patiënten zelf (het *illness aspect*) geanalyseerd.

De begrippen *disease en disorder* hebben betrekking op de kennis en opvattingen van deskundigen over het disfunctioneren van organen of orgaansystemen of op het disfunctioneren van (neuro- of psycho-) fysiologische processen in het lichaam, naast de professionele interpretatie hiervan (Ventevogel, 2010). In dit hoofdstuk gaat het om het onder controle krijgen van ziekte (Richters, 1996a) en wordt in het licht van het bovengenoemde het *disease/disorder-* aspect van de psychiatrische stoornissen bij onze steekproef nader beschreven.

## 5.6 Psychiatrische stoornissen in de steekproef

Hieronder wordt nader ingegaan op de specifieke psychische stoornissen die in de huidige steekproef, in termen van As- I- en As- II- categorieën van de DSM-IV (*the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*; APA, 2001), konden worden vastgesteld. Voordat we ingaan op de wetenschappelijke literatuur hierover geven we eerst een overzicht van de vraagstellingen, alsmede de wijze van dataverzameling en dataverwerking. Dan volgt een overzicht van de vastgestelde psychische stoornissen.

### 5.6.1 Doel- en vraagstellingen

Door het stellen van de volgende vragen willen we een overzicht krijgen van de zowel klinische As-I als As-II- persoonlijkheidsstoornissen bij onze doelgroep, zowel de GGZ-a populatie als de Algemene Populatie van Turken in Nederland (AP). Een dergelijk overzicht kan helpen om een vergelijking te kunnen maken met al bekende gegevens. Het is ook zeer belangrijk om een indruk te hebben van de klachten van Turkse mannen en vrouwen apart.

Vooral persoonlijkheidsstoornissen bij migranten in het algemeen en bij Turken in het bijzonder zijn een onderontwikkeld onderwerp. Hierover zijn namelijk vrij weinig gegevens beschikbaar. Daarom kunnen onze bevindingen veel betekenen voor de schaarse literatuur. Uiteraard kunnen deze bevindingen helpen om mogelijke oorzaken van klachten en problemen op het spoor te komen en adviezen met betrekking tot veranderingen te geven.

Antwoorden worden gezocht op de volgende algemene en specifieke vragen: (i) welke SCAN 2.1 diagnoses worden aangetroffen in de GGZ-a populatie in totaliteit en verdeeld naar geslacht?; (ii) wat is de prevalentie van As-I- stoornissen bij de GGZ-a populatie in totaliteit en verdeeld naar geslacht?; (iii) welke psychische stoornissen heeft de steekproef in zijn algemeenheid op basis van SCL-90 scores, GGZ- populaties zowel als de Algemene Populatie, in totaliteit en verdeeld naar geslacht?; (iv) welke As- II- stoornissen heeft de GGZ-a populatie op basis van SCID- II in totaliteit en verdeeld naar geslacht?; (v) wat is de prevalentie van de As-II- stoornissen in de GGZ-a populatie, in totaliteit en verdeeld naar geslacht?; (vi) is er sprake van een samenhang tussen As-I- diagnoses en As-II- diagnoses?; (vii) hoe zien de scores van de GGZ-a populatie op de NEO-PI-R eruit, en hoe zijn die verdeeld naar geslacht?; en ten slotte (viii) wat is de samenhang binnen de GGZ-a populatie tussen scores op de NEO-schalen en scores op de SCL-90- schalen?

### 5.6.2 Hypotheses

Om de doelstelling en vraagstellingen met betrekking tot psychiatrische stoornissen te verduidelijken, zijn de volgende hypotheses geformuleerd: (i) Turken in Nederland hebben gemiddeld meer (qua aantal en prevalentie) psychische stoornissen dan autochtone Nederlanders; (ii) de GGZ-populatie heeft meer klachten en ook andersoortige psychische

stoornissen (op zowel As-I als As-II) dan aangetroffen wordt in de Algemene Populatie van Turken in Nederland (AP); en (iii) vrouwelijke respondenten hebben meer en andersoortige psychiatrische stoornissen dan mannelijke respondenten op zowel As-I als As-II.

### 5.6.3 Dataverzameling en -verwerking

Om psychiatrische stoornissen op As- I van de DSM IV-TR (*the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*; APA, 2001) te constateren, werd gebruik gemaakt van de SCAN 2.1 (*Schedules for the Clinical Assessment in Neuropsychiatry*; Giel & Nienhuis, 1999) en de Turkse versie van de SCL-90 (*Symptoms Check List*; Fidaner & Fidaner, 1984). Vanwege methodisch-technische redenen is de SCAN 2.1 alleen bij de GGZ-a populatie ( $n=204$ ) afgenomen en werd de SCL-90 bij alle respondenten afgenomen ( $N=429$ ).

Om de data te verwerken, werd gebruik gemaakt van het Statistical Package for Social Sciences version 12.0 (SPSS, 2004; Huizingh, 2004). Naast gemiddelde scores met standaarddeviaties werden ook Chi-square-, Mann-Whitney- en Kruskal-Wallis-analyses uitgevoerd, alsmede Student *t*-toetsen en *F*-toetsen. Ook werden betrouwbaarheidsanalyses uitgevoerd en Pearson-correlaties berekend.

Om persoonlijkheidsstoornissen op As- II van de DSM IV-TR te kunnen constateren, werd zowel de Nederlandse versie van het *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis-II Personality Disorders* (SCID- II; Spitzer, Williams, Gibbon, & First, 1990; First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 1997; Weertman, Arntz, & Kerkhof, 2000) als de Turkse versie (Gülgöz, 2002; Somer, 1998) van de NEO-PI-R (*the Revised NEO Personality Inventory*; Costa & McCrae, 1992) gebruikt.

## 5.7 Psychiatrische stoornissen bij migranten, een literatuurverkenning

Alhoewel het onderwerp ‘psychiatrische stoornissen bij migranten’ historisch gezien al sinds Jarvis, die in 1855 epidemiologisch onderzoek deed naar de geestelijke problemen bij Noorse migranten in Amerika, bekend is, begon het pas echt aandacht te krijgen rond 1930 met het werk van Ödegard en Malzberg (zie Ekblad, Kohn, & Jansson, 1998). Ödegard stelde vast dat naar Amerika geëmigreerde Noren twee keer zo vaak met een diagnose ‘schizofrenie’ werden opgenomen als mensen in het land van herkomst. Ook ten opzichte van de overige (autochtone) bewoners in Minnesota hadden de Noorse migranten duidelijk een groter risico op het ontwikkelen van schizofrenie. Net als Ödegard constateerde ook Malzberg duidelijke verbanden tussen een verhoogd risico voor schizofrenie en het migrant zijn (Veen, 2002). Sindsdien staan wetenschappers op dit terrein voor een aantal belangrijke vragen: Zou migratie een risicofactor zijn voor geestelijke problemen? Zo ja, waarom dan? Zou de ontwikkelde psychopathologie het gevolg zijn van het migratieproces en acculturatiestress of zou de psychopathologie het gevolg zijn van selectiebias of de manifestatie van al in het

land van herkomst bestaande psychopathologie?

Ondanks de bovengenoemde ontwikkelingen heeft dit onderwerp in Nederland (nog) onvoldoende aandacht gekregen. Er ontbreken nog steeds betrouwbare gegevens over het voorkomen van psychische problemen bij migranten (Intercultureel Addendum Angststoornissen, 2008). Zoals Schnabel (2000, p. 28) zegt: "Wat we weten, weten we ook met weinig zekerheid en we weten ook weinig van de geldigheid van bepaalde uitkomsten op langere termijn of zelfs maar van de betrouwbaarheid van uitkomsten". Ook kan er niet zo gemakkelijk onderscheid gemaakt worden binnen een etnische minderheid, omdat relevante gegevens relatief schaars zijn. Evenmin kan een dergelijke vergelijking gemaakt worden tussen de eerste en tweede generatie allochtonen of tussen mannen en vrouwen (RIVM, 2006). Ook de verschillende definities van etniciteit die onderzoekers hanteren, bemoeilijken het maken van verdere vergelijkingen. Omdat migratie een dynamisch proces is, zijn er voortdurend veranderingen bij migranten te constateren. Naast overeenkomsten met mensen in het land van herkomst zijn er ook verschillen, mede veroorzaakt doordat de migranten al jaren in een ander land wonen (Thung, 2000). Aan de andere kant vertonen allochtonen niet alleen verschillen, maar ook steeds meer overeenkomsten met autochtonen. Uit (buitenlandse) studies, waarin bijvoorbeeld sterfte- en ziektepatronen onder migranten worden vergeleken met autochtonen en met landgenoten in het land van herkomst, blijkt vaak dat de gezondheid van migranten steeds meer op die van de bevolking van het gastland gaat lijken (convergentie- fenomeen) (Stronks, Uniken Venema, Dahhan, & Gunning-Schepers, 1999).

De meeste onderzoeken in Nederland houden onvoldoende rekening met het feit dat migranten vaak in meerdere of mindere mate een taalprobleem hebben. Niet of onvoldoende beheersing van de Nederlandse taal wordt in het merendeel van de onderzoeken als een exclusie criterium gebruikt. Zo blijven allochtonen die onvoldoende Nederlands spreken buiten beschouwing in het grootschalige NEMESIS-onderzoek (Dieperink, Van Dijk, & Wiersma, 2002; De Graaf et al., 2005; Kortmann, 2006; Rijnders, 2008). Onderzoeken over allochtonen betreffen meestal lokale situaties. Er ontbreekt vrijwel altijd een Nederlandse referentiegroep. Daardoor kan niet worden vastgesteld in hoeverre bepaalde gezondheidsklachten specifiek zijn voor de onderzochte allochtone groeperingen (Steenbrink & Repriels, 1987). Veel studies naar psychische klachten bij allochtonen laten tegenstrijdige resultaten zien (De Wit, 2006). Naast genoemde problemen spelen de volgende factoren mogelijk ook een rol in onderzoeken bij en met allochtonen (Boon, De Haan, & De Boer, 2009; Borra, 2002a; Çınar, 1993; Van Gemert, 1997; Intercultureel Addendum Angststoornissen, 2008; De Jong, 1996b; Kamperman, 2005; Kemper, 1998): (i) taal- en vertaalproblemen inclusief analfabetisme, alsmede verschillen in spreek- en schrijftaal; (ii) meestal niet-representatieve en niet-generaliseerbare uitkomsten vanwege kleinschaligheid van het onderzoek; (iii) het feit dat de meeste cijfers betrekking hebben op hulpzoekgedrag, zorgconsumptie of hulpaanbod; (iv) gebrek aan universele validiteit van het DSM-IV systeem of daarvan afgeleide instrumen-

ten; (v) gebrek aan universele validiteit en generaliseerbaarheid van de verschillende verklaringsmodellen over ziekte en gezondheid van autochtone (para)medici met betrekking tot allochtone patiënten; (vi) problemen bij het beschrijven en registreren van etnische groepen; (vii) de toegankelijkheid, de bereidwilligheid en het responspercentage van allochtone groepen; (viii) angst voor en gebrek aan geloof in de uitkomsten van studies bij allochtone populaties; (ix) de neiging tot het geven van sociaal- wenselijke antwoorden; en (x) etnische en culturele verschillen tussen onderzoekers en respondenten.

Al deze factoren kunnen een rol spelen vóór, tijdens en na onderzoek met deze doelgroep. Wat de positie van de allochtonen in de Nederlandse samenleving betreft, vervulde de 'survey SPVA' (Sociale Positie en Voorzieningengebruik Allochtonen) sinds eind jaren tachtig een belangrijke rol, als het gaat om de sociale en economische posities van allochtonen. Het betrof een grootschalig onderzoek dat iedere vier jaar werd uitgevoerd in opdracht van het Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties in samenwerking met het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) en het Instituut voor Sociologisch- Economisch Onderzoek (ISEO). Inmiddels is deze survey vervangen door de 'Survey Integratie Minderheden' (SIM). Ondanks de uitgebreide informatieverzameling over demografie, onderwijs, arbeid, inkomen, huisvesting, sociale contacten, taalvaardigheid, integratie en andere onderwerpen werd in dit onderzoek bijna geen aandacht besteed aan de geestelijke gezondheid. In de recentere edities van deze onderzoeken worden echter wel enkele vragen gesteld met betrekking tot algemene gezondheid, gezondheidsbeleving en huisartsbezoek (Martens, 1999).

In verschillende studies hebben onderzoekers geprobeerd de relatie tussen migratie en psychische klachten beter te begrijpen. Zo heeft onderzoek naar de kans op schizofrenie bij migranten in Nederland opvallende resultaten opgeleverd (Veen, 2002). Volgens dit onderzoek was het risico op een psychotische stoornis verhoogd voor migranten uit de eerste- generatie, afkomstig uit Suriname, de Antillen, Marokko en andere niet-Westerse landen, maar niet voor migranten uit Turkije en Westerse landen. De risico's voor de tweede generatie Surinamers en Marokkanen waren ook sterk verhoogd. Dit was echter niet het geval bij de tweede- generatie Turken en Antillianen. Om deze verschillen te kunnen verklaren, legden de onderzoekers een aantal verbanden. Een relevante factor is dat de incidentie van schizofrenie hoger is in het land van herkomst dan in het nieuwe thuisland. Een andere mogelijkheid betreft selectieve migratie: degenen die kwetsbaar zijn om schizofrenie te ontwikkelen, zijn juist ook degenen die emigreren. Een andere mogelijke factor betreft het gebruik van drugs die een psychotische stoornis kunnen veroorzaken bij genetisch kwetsbare individuen. Weer een andere factor is stress ten gevolge van de migratie (Selten & Sijben, 1994). Ander onderzoek benadrukt de invloed van discriminatie en het hebben van een minderheidsstatus (Janssen et al., 2002). Hoe dan ook, het wordt steeds duidelijker dat het risico voor het ontwikkelen van schizofrenie tijdens migratie verhoogd is. Langdurige blootstelling aan het voortdurend verliezen van de strijd om de gewenste positie in

de samenleving te verkrijgen (*sociale defeat*) en zich buitengesloten voelen, verhogen het dopaminemetabolisme in de mesolimbische en mesocorticale systemen in de hersenen. Dit kan aanleiding geven tot psychose en schizofrenie en kan een risicofactor zijn voor depressie en verslaving (Artist, 2005; Selten, 2005; Selten & Cantor-Graae, 2005). Recent onderzoek heeft aangetoond dat Nederlandse allochtonen die in gemengde wijken wonen, een 2 tot 4 keer grotere kans hebben om schizofrenie te ontwikkelen dan allochtonen die in 'zwarte wijken' wonen (Veling et al., 2008). Het feit dat ernstige vormen van psychopathologie, zoals psychotische stoornissen, niet als zodanig geconstateerd zijn bij Turken, leidt tot de vraag of mogelijke bepaalde beschermende en vervangende factoren binnen de Turkse gemeenschap in Nederland een cruciale rol spelen. Gedacht kan worden aan positieve invloeden van familie, saamhorigheid, delen met elkaar, klaar staan voor elkaar en dergelijke, ook al zijn deze feiten aan het veranderen en aan het afnemen.

In een belangrijk, kwantitatief onderzoek naar de geestelijke volksgezondheid, uitgevoerd door de GGD Midden- Brabant, hebben migranten slechts selectieve aandacht gekregen (De Leeuw & Plevier, 2000). Alleen allochtonen die de Nederlandse taal in voldoende mate beheersten, konden participeren. Dit kan een onderschatting geven van de feitelijke problematiek, omdat allochtonen die in mindere mate ingeburgerd zijn en een lagere sociaal-economische status hebben, het nog moeilijker en slechter kunnen hebben (Van der Werf, 1998). Desalniettemin werd gevonden dat allochtonen twee keer zoveel kans hebben op het ontwikkelen van een (ernstige) psychische problematiek dan autochtonen (Linszen, 2006).

Güzelcan, Koeter en Lanting (2001) vonden opvallende verschillen in psychiatrische morbiditeit tussen eerstegeneratie en tweedegeneratie Turken die zich aangemeld hadden voor behandeling bij een polikliniek van een algemeen psychiatrisch ziekenhuis. Bij de eerstegeneratie Turken werden meestal de diagnoses 'depressie' en 'somatoforme' stoornis gesteld, terwijl bij de tweedegeneratie Turken naast depressie meestal de diagnose 'psychotische stoornis' of 'angststoornis' werd gesteld.

Andere onderzoeken met migranten vonden over het algemeen ook een slechtere gezondheid en een verontrustend zorggebruik. Recent onderzoek, uitgevoerd in het kader van De Amsterdamse Gezondheidsmonitor onder Turkse en Marokkaanse ouderen, geeft in dit opzicht een interessant beeld. Als het gaat om de lichamelijke en geestelijke gezondheid, ervaren gezondheid en kwaliteit van leven, scoorden Turkse en Marokkaanse ouderen slechter dan autochtone Nederlanders. Ze gaven meer klachten aan en rapporteerden vaker chronische aandoeningen. Bovendien ervoeren ze vaker depressieve klachten (Poort, Spijker, Dijkshoorn, & Verhoeff, 2001). Dit is ook bevestigd door Van der Wurff et al. (2004). Voor wat betreft zelfredzaamheid bleken Turkse en Marokkaanse mannen van 65-74 jaar vaker visuele en auditieve beperkingen te hebben dan autochtone mannen. Ook gaven zij vaker aan beperkt te zijn in persoonlijke verzorging en mobiliteit. Bovendien hadden Turkse en Marokkaanse ouderen frequenter problemen bij het uitvoeren van huishoudelijke activitei-

ten (Poort et al., 2001). Met betrekking tot zorggebruik bleken niet-westerse allochtonen, met name Turkse en Marokkaanse mannen en Turkse vrouwen, significant meer contact te hebben met de huisarts dan autochtonen (Foets, Van der Lucht, & Droomers, 2007a). Er was geen verschil tussen allochtone en autochtone ouderen in gebruik van wijkverpleging, gezinsverzorging, de GGZ en medische specialisten. Feit blijft echter wel dat Turkse en Marokkaanse vrouwen vaker worden opgenomen in een ziekenhuis dan autochtone vrouwen (Poort et al., 2001).

Recent onderzoek toont aan dat stemmings- en/of angststoornissen significant meer voorkomen bij Turken in Nederland dan bij autochtone Nederlanders of Marokkanen, Surinamers en Antillianen. Het gaat niet alleen om de 'maand- prevalenties' (18.7%), maar ook om 'jaar- prevalenties' (25.7%) en 'lifetime- prevalenties' (35.3%) (De Wit et al., 2006; 2008). Deze stoornissen bleken het meest voor te komen bij Turkse vrouwen. Dit komt echter niet overeen met de resultaten van een meta-analyse van onderzoek naar stemmingsstoornissen en migratie, waarin geen significant verband kon worden vastgesteld (Sanne, Swinnen, & Selten, 2007).

Volgens De Wit et al. (2006) deed 40% van de door hen onderzochte Turken een beroep op de 1<sup>e</sup> lijnszorg voor psychische klachten (tegen 42.2% van de autochtone Nederlanders). Bijna een kwart (21.1%) werd verwezen naar de 2<sup>e</sup> lijnszorg voor psychische klachten (tegen 26.5% van de autochtone Nederlanders) en 42.9% maakte gebruik van de totale zorg voor psychische klachten (tegen 51.5% van de autochtone Nederlanders). Verder hadden Turkse en Marokkaanse vrouwen minder vaak contact met een fysiotherapeut. Turkse en Marokkaanse ouderen vonden verder dat hun woning vaak minder geschikt was. Ze maakten vaker gebruik van de inzet van mantelzorgers en deden weinig beroep op de thuiszorg (Volkers, Bus, & Uiters, 2007).

Wat betreft psychische gezondheid is er niet alleen sprake van verschillen tussen migranten en autochtonen, maar ook bijvoorbeeld van verschillen tussen Turken in Nederland en Turken in het land van herkomst. Sayil (1977) heeft onderzoek gedaan onder Turkse werknemers van de havenbedrijven en autofabrieken in Amsterdam en vergeleek daarbij de psychosociale en psychiatrische toestand van deze werknemers met gegevens van een controlegroep in Turkije. Opvallend was dat Turkse mensen in Nederland meer psychosomatische klachten, depressieve symptomen en angstklachten rapporteerden dan de controlegroep in Turkije. Tevens scoorden de Turken in Nederland op alle 101 items van de *Cornell Medical Index Health Questionnaire* (Brodman, 1949) hoger dan de controlegroep in Turkije. Özbek, een Turkse psychiater in Duitsland, heeft bij een Turkse onderzoeksgroep voornamelijk 'depressieve stoornissen' geconstateerd na een verblijf van drie maanden en een 'psychosomatisch syndroom' na een verblijf van 18 maanden in Duitsland (Limburg-Okken, 1989). Suzuki (1981) heeft dergelijke verschijnselen (psychosomatiek en depressies) ook geconstateerd bij Turken in het toenmalige West- Duitsland. In een ander onderzoek waarin Turken in Duitsland en Turken in Turkije vergeleken werden (İren-Akbiyik, Mendel, Onder, & Cording, 2000), werden significante verschillen gevonden: Turken in Duitsland



scoorden hoger op de Zung (Zung, 1965) en Hamilton (Hamilton, 1967) depressieschalen alsmede op de schalen van de SCL-90 (Derogatis, Lippman, & Covi, 1973). Bovendien hadden Turken in Turkije meer inzicht in de oorzaken van hun klachten, terwijl Turken in Duitsland meer externaliserende verklaringen gaven.

Concluderend gezegd kan worden dat er in feite betrekkelijk weinig onderzoeksresultaten bekend zijn. Deze zijn bovendien ook moeilijk te generaliseren, omdat ze meestal een (kleine) selectieve groep betreffen. Ook is het niet goed mogelijk om op basis van de beschikbare gegevens een rechtstreeks verband te leggen tussen migratie en (psychische) gezondheid. Zoals eerder gezegd, is het aannemelijker om zeggen dat migratie mensen kwetsbaarder maakt. Zodoende hebben migranten meer en andere gezondheidsproblemen dan autochtonen, ook in vergelijking met landgenoten in het land van herkomst. Het is ook mogelijk om te zeggen dat de vrouwelijke migranten ongezonder zijn dan autochtone vrouwen en mannelijke migranten. Er is verder sprake van verschillen in gezondheidsproblemen tussen verschillende migrantpopulaties onderling, zoals Turken en Surinamers en tussen de eerste en andere generaties. Na deze constatering volgt nu een overzicht van resultaten van het huidige onderzoek.

## 5.8 Diagnostiek aan de hand van de DSM-IV-criteria

Als het gaat om psychische stoornissen op As-I (DSM IV-TR; the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; APA, 2001) wordt gedacht aan zowel waarneembare abnormale gedragingen, als door de cliënten gerapporteerde gevoelens en cognities (Ormel, Neeleman, & Wiersma, 2001). Om deze As-I psychische stoornissen te kunnen constateren, werd gebruik gemaakt van de SCAN 2.1 (Schedules for the Clinical Assessment in Neuropsychiatry; Giel & Nienhuis, 1999 en de SCL-90 (Symptoms Check List) (Derogatis et al., 1973; Arrindell & Ettema, 1986). Vanwege methodisch-technische redenen (zoals face-to-face contact) is de SCAN 2.1 alleen bij de GGZ-a populatie (n=204) afgenomen. De SCL-90 is daarentegen bij de hele steekproef (N=429) afgenomen.

Bij het diagnosticeren van stoornissen aan de hand van de criteria van de DSM-IV moet rekening gehouden worden met de beperkingen die voortkomen uit het hanteren van een gestandaardiseerd classificatiesysteem bij een niet-westerse populatie. Naast inhoudelijke kritiek op het DSM-systeem vanwege o.a. selectieve diagnostiek en dominante classificatieprocessen (Jongedijk, 2001; Van Praag, 1999), betreft de kritiek ook de toepassing bij niet-westerlingen in het algemeen (Borra, 2002b; Kortmann, 2006; Nicolai, 1991; Richters, 1994).

De voor ons onderzoek relevante cultuurtheoretische kritiek op DSM-IV (Hellinga, 1994; Intercultureel Addendum Angststoornissen, 2008; De Jong, 1992, 1996b, 1996c; Kortmann, 1989; Richters, 1988) stelt de volgende op- en aanmerkingen aan de orde (zie De Jong (1996a) voor een uitvoerige bespreking): (i) de universaliteit versus cultuurgebondenheid van de ziekte; (ii) de klinische validiteit van universele categorieën; (iii) de conceptuele



en linguïstische vergelijkbaarheid van psychische aandoeningen; (iv) de vooronderstelling dat universele categorieën gedefinieerd kunnen worden met operationele criteria; (v) de idee van een toereikend aantal diagnostische categorieën met de neurobiologie als meest geschikt referentiekader; (vi) de veronderstelling dat de gevestigde categorieën stabiel en identiek blijven; (vii) de validiteit van As-IV en As-V; (viii) het spanningsveld tussen de descriptieve benadering van DSM-IV en ICD-10 en (ix) de etiologische benadering van lokale gezondheidssystemen.

Rekening houdend met deze punten, hebben we gebruik gemaakt van de SCAN 2.1. Dit is een semigestructureerd diagnostisch instrument dat onder auspiciën van de Wereld Gezondheids Organisatie (WHO) ontwikkeld is voor de assessment en classificatie van psychiatrische stoornissen van volwassenen (Giel & Nienhuis, 1999; Kortmann, 2006; Wing et al., 1990; Wing, Sartorius, & Üstün, 1998; Van Wijngaarden, Wennink, & Kok, 2003). De SCAN 2.1 is geschikt voor de scoring van zowel DSM-IV- criteria als ICD-10-criteria. Het instrument bevat 750 items, waarmee de aanwezigheid en de ernst van symptomen van een aandoening binnen een bepaald tijdbestek (de afgelopen maand, het afgelopen jaar of de gehele levensloop) wordt uitgevraagd (Dingemans, 2006). Zowel op internationaal (Andrews, Peters, Guzman, & Bird, 1995; Nelson, Üstün, Grant, & Chatterji, 1999) als nationaal niveau (Masthoff, Trompenaars, Van Heck, Hodiament, & De Vries, 2007; Rijnders, 2008) wordt steeds meer onderzoek verricht met de SCAN 2.1. Bij de SCAN 2.1. gaat het meestal om het vaststellen van puntprevalentie. Rijnders et al. (2000) hebben de psychometrische eigenschappen van de SCAN 2.1 onderzocht in Nederland. Terwijl de test- hertestbetrouwbaarheid aan de relatief lage kant was, bleken de overige psychometrische eigenschappen voor epidemiologisch onderzoek goed te zijn (Dingemans, 2006).

De SCAN 2.1 is in het huidige onderzoek afgenomen door de onderzoeker (MC; tevens psychotherapeut), nadat hij getraind en gecertificeerd was door het WHO-centrum te Groningen. Gedurende de onderzoeksperiode werd gebruik gemaakt van zowel de Nederlandse als de Turkse versie (Uluğ et al., 1999), welke laatste inhoudelijk identiek is aan de Nederlandse versie. Voor zover bekend, is er geen onderzoek met een SCAN 2.1 gedaan bij een allochtone populatie. Bij alle 204 deelnemers uit de GGZ-a populatie werd de SCAN 2.1 afgenomen. De gemiddelde tijd van afname varieerde van drie kwartier tot anderhalf uur, voornamelijk afhankelijk van cliëntgebonden factoren, zoals algemeen ontwikkelingsniveau en mate van complexiteit van de problematiek. Door de intensiteit van de verkregen aandacht en het diepgaand ingaan op de problematiek werd de afname van de SCAN 2.1 door de deelnemers als zeer positief ervaren. Vanwege het grote tijdsbeslag heeft geen afname van de SCAN 2.1 bij de deelnemers in de groep Algemene Populatie van Turken in Nederland plaats kunnen vinden.

Mogelijke psychiatrische stoornissen werden in eerste instantie door middel van de SCAN 2.1 vastgesteld. Samenvatten van de scores in termen van DSM- IV- diagnoses gebeurde door middel van een specialistisch computerprogramma (exclusief sommige probleemgebieden, zoals V-codes, spanningsklachten en dergelijke).

In de volgende paragrafen worden de verschillende psychische stoornissen op As-I, nader beschreven. Hieronder wordt in eerste instantie aandacht besteed aan de stoornissen van de GGZ-a populatie ( $n=204$ ). Daarna wordt de gehele onderzoekspopulatie van dit onderzoek ( $N=429$ ) nader beschouwd.

## 5.9 Diagnoses op As-I van de DSM-IV

### 5.9.1 Algemene constatering

Van de 204 respondenten van de GGZ-a populatie die voor een intake bij de GGZ Midden-Brabant aangemeld waren, voldeden 136 respondenten (67%) aan een SCAN 2.1-diagnose en kregen 68 personen (33%) geen SCAN 2.1-diagnose. Van de 67% die wel een SCAN 2.1-diagnose kregen, had iets meer dan de helft (51%) één SCAN 2.1-diagnose en 31% twee diagnoses. Het percentage respondenten die drie of meer SCAN 2.1-diagnoses hadden, was 16%.

Als het gaat om de diagnose op As-I, kregen 23 respondenten geen SCAN 2.1-diagnose, maar wel een V-code (relatieproblemen, acculturatieproblemen e.d.). Het aantal respondenten dat één of meerdere V-codes had, was 79. Derhalve bleek 80% van de steekproef een diagnose te krijgen op basis van de SCAN 2.1 of op grond van aanvullende diagnostiek volgens de DSM- diagnostiek. Hier tegenover had 11% van de respondenten noch een SCAN 2.1-diagnose, noch een andere As I-diagnose. Het aantal respondenten dat geen SCAN 2.1, maar wel een andere As-I- diagnose kreeg, (inclusief V-codes en dergelijke) was 14%. Het aantal dat geen SCAN 2.1- diagnose, maar wel een andere As-I- diagnose kreeg (exclusief V-codes), was 2%.

### 5.9.2 Overzicht van de gestelde diagnoses

Met behulp van de SCAN 2.1 en de DSM IV-TR- systematiek werden in totaal 336 As-I-diagnoses (51 verschillende soorten) gesteld (sommige cliënten hadden meer dan één diagnose) bij 164 (80%) van de 204 deelnemers in de GGZ-a populatie. Zoals in Tabel 5.1 te zien is, gaat het bij deze diagnoses om 15 verschillende categorieën van stoornissen. Binnen deze klachten scoorden Stemningsstoornissen het hoogst, gevolgd door Relatieproblemen. Hierna volgt de categorie Angststoornissen. Eetstoornissen, seksuele stoornissen en overige stoornissen kwamen het minst voor. Bipolaire stoornissen, delirium en andere cognitieve stoornissen werden niet vastgesteld. Als de diagnoses vergeleken worden met de diagnoses in ander onderzoek (bijvoorbeeld Trinidad, Kamperman, & De Jong, 2005 met een ambulante GGZ-populatie) kunnen naast overeenkomsten ook verschillen gesignaleerd worden. In het onderzoek van Trinidad et al. (2005) kreeg 37% de diagnose 'Stemningsstoornis', 31% 'Angststoornis', 16% 'Sociale en Relationele Problemen', 8% 'Aanpassingsstoornis', 4% 'Somatoforme Stoornis', 2% 'Slaapproblemen' en 2% 'Psychotische Stoornis'. In vergelijking

met de resultaten van onderzoek in Turkije (Kılıç, Rezaki, Üstün, & Gater, 1994), waarbij diagnoses gesteld werden op basis van de ICD-10, valt op dat de diagnose ‘Depressie’ in dat onderzoek minder vaak gesteld werd, terwijl diagnoses voor ‘Somatische Symptomen’ en ‘Angststoornissen’ daarentegen vaker gesteld werden.

*Tabel 5.1 Overzicht van de As-I- Diagnoses per Soort Stoornis met de SCAN 2.1 en DSM IV-TR ten opzichte van Alle Gestelde Diagnoses*

As-I- diagnostische hoofdcategorieën	Percentage
Stemmingsstoornissen	24
Relatieproblemen	19
Angststoornissen	17
Bijkomende Problemen die een Reden voor Zorg Kunnen Zijn	9
Slaapstoornissen	8
Somatoforme Stoornissen	7
Psychotische Stoornissen	3.5
Aanpassingsstoornissen	3
Stoornissen in de Impulsbeheersing	2
Aan een Middel Gebonden Stoornis	2
Dissociatieve Stoornissen	2
Eetstoornissen	1
Seksuele Stoornissen	1
Problemen In verband met Misbruik of Verwaarlozing	1
Restcategorie	1

*Noot. 1: N= 204 (GGZ-a populatie); Noot. 2: Het is belangrijk op te merken dat de percentages in Tabel 5.1 het voorkomen van een bepaalde categorie ten opzichte van alle in dit onderzoek gestelde diagnoses weergeven en dus niet het percentage ten opzichte van het totale aantal respondenten.*

Hieronder volgt een verder overzicht van de gespecificeerde diagnoses. In Tabel 5.2 is te zien dat de meeste van de stemmingstoornissen (50 %) bestaan uit de diagnose ‘Depressie met Vitale kenmerken, Eenmalig, Matig’. Wat betreft de relatieproblemen als de bijkomende problemen, die een reden voor zorg kunnen zijn (genaamd V-codes) valt het op dat ‘Partner-Relatieproblematiek’ het vaakst voorkomende probleemgebied is en ‘Relatieproblemen tussen Kinderen’ het minst voorkomende. Bij de angststoornissen komt ‘Gegeneraliseerde Angststoornis’ het vaakst voor, gevolgd door ‘Paniekstoornissen’. Wat betreft de andere V-codes gaat het hoofdzakelijk om een ‘Levensfaseprobleem’ en/of een ‘Acculturatieprobleem’. Bij de slaapstoornissen komen ‘Nachtmerriestoornissen’ het meest voor, gevolgd door ‘Slaapstoornis NAO’. Binnen de groep somatoforme stoornissen werd ‘Ongedifferentieerde Somatoforme Stoornis’ het meest frequent aangetroffen. Wat betreft psychotische stoornissen gaat het hoofdzakelijk om ‘Schizofrenie, Rest Type’ en ‘Psychotische Stoornis NAO’.

Tabel 5.2 Overzicht van de As-I- Diagnoses volgens de SCAN 2.1 en DSM- IV-TR

As-I- diagnose	Percentage
<b>Stemmingsstoornissen</b>	<b>24</b>
Depressie met Vitale Kenmerken, Eenmalig, Licht	34
Depressie met Vitale Kenmerken, Eenmalig, Matig	50
Depressie met Vitale Kenmerken, Eenmalig, Ernstig, <i>zonder</i> psychotische kenmerken	6
Depressie met Vitale kenmerken, Eenmalig, Ernstig, <i>met</i> psychotische kenmerken	5
Dysthymestoonis	5
<b>Relatieproblemen</b>	<b>19</b>
Relatieprobleem NAO	21
Partner-Relatieprobleem	70
Relatieprobleem tussen Kinderen	2
Ouder- Kind- Relatieprobleem	8
<b>Angststoornissen</b>	<b>17</b>
Paniek zonder Agorafobie	16
Agorafobie zonder Paniek	7
Sociale Fobie	2
OC- stoornis	12
Gegeneraliseerde Angst	47
Angstklachten NAO	2
<b>Bijkomende problemen die een reden voor zorg kunnen zijn</b>	<b>9</b>
Acculturatie- probleem	24
Levensfase- probleem	62
Beroepsprobleem	10
Rouw- reactie	3
<b>Slaapstoornissen</b>	<b>8</b>
Primaire Insomnia	7
Slaapstoornis gebonden aan de Circadiane Ritmiek	7
Slaapproblemen NAO	14
Nachtmerriestoornis	70
<b>Somatoforme stoornissen</b>	<b>7</b>
Ongedifferentieerde Somatoforme Stoornis	67
Somatisatiestoornis	20
Pijnstoornis	4
Pijnstoornis NAO	4
Hypochondrie	4
<b>Psychotische stoornissen</b>	<b>3.5</b>

Tabel 5.2 Overzicht van de As-I- Diagnoses volgens de SCAN 2.1 en DSM- IV-TR (vervolg)

As-I- diagnose	Percentage
Schizofrenie, Resttype	50
Waanstoornis	8
Psychotische Stoornis NAO	42
Aanpassingsstoornissen	<b>3</b>
Aanpassingsstoornissen NAO	100
Stoornissen in de Impulsbeheersing	<b>2</b>
Periodieke Explosieve Stoornis	43
Stoornis in de Impulsbeheersing NAO	29
Trichotillomanie	14
Pathologisch Gokken	14
Aan een middel gebonden stoornis	<b>2</b>
Misbruik van Cannabis	25
Misbruik van Cocaïne	12.5
Misbruik van Alcohol	37.5
Afhankelijkheid van Verschillende Middelen (sedatieve middelen, opiaten)	25
Dissociatieve stoornissen	<b>2</b>
Depersonalisatiestoornis	12.5
Dissociatieve Amnesie	12.5
Dissociatieve Stoornis NAO	75
Eetstoornissen	<b>1</b>
Eetstoornis NAO	34
Boulimia Nervosa, Purgerend	33
Anorexia Nervosa	33
Seksuele stoornissen	<b>1</b>
Vaginisme	50
Voortijdige Ejaculatie	50
Problemen in verband met misbruik of verwaarlozing	<b>1</b>
Lichamelijke Mishandeling van Kind	50
Lichamelijke Mishandeling van Volwassenen	50
Restcategorie	<b>1</b>
Stemmingsstoornis met Slechte Lichamelijke Conditie	50
Slechte Fysieke Conditie met Depressieve Kenmerken	50

*Noot. De percentages voor de hoofdcategorieën zijn vet gedrukt en daaronder worden de percentages voor de afzonderlijke stoornissen weergegeven.*

De vetgedrukte percentages in Tabel 5.2 geven weer hoe vaak een bepaalde stoornis voorkomt als percentage van het totale aantal vastgestelde stoornissen. Hieronder volgt een overzicht van de prevalentie van psychiatrische stoornissen bij de GGZ-a populatie.

### 5.9.3 Prevalentie van As-I- stoornissen bij de GGZ-a populatie

De prevalentie\* van As-I- stoornissen in de groep met nieuw aangemelde cliënten is weergegeven in Tabel 5.3. In totaal werd bij 67 % van de GGZ-a populatie ( $n = 204$ ) een stoornis op As-I vastgesteld. Depressieve klachten kwamen het vaakst voor. Hierna kwamen Angststoornissen. Op de derde plaats kwamen Slaapstoornissen. De categorie Somatoforme stoornissen kwam op de vierde en de categorie Psychotische Stoornissen op de vijfde plaats. Hierna volgden met verschillende percentages Aanpassingsstoornissen, aan een Middel Gebonden Stoornissen, Dissociatieve Stoornissen, Eetstoornissen en de Restcategorie.

Tabel 5.3 Prevalentie (in %) van As-I- Stoornissen op Basis van de SCAN 2.

As-I- diagnose	Percentage
Depressieve Stoornissen	39.2
Angststoornissen	29.4
Slaapstoornissen	13.8
Somatoforme Stoornissen	11.3
Psychotische Stoornissen	5.9
Aanpassingsstoornissen	4.9
Aan een Middel Gebonden Stoornissen	4.0
Dissociatieve Stoornissen	3.5
Eetstoornissen	2.0
Restcategorie	1.0

Noot.  $n = 204$  (GGZ-a populatie).

\*Prevalentie is gedefinieerd als het aantal bestaande ziektegevallen gedeeld door het aantal personen in de groep waar die ziektegevallen uit afkomstig zijn. Daarbij kunnen allerlei vormen van bias optreden, zoals admission rate bias, referral bias, detection signal bias, non-respondent bias. In de literatuur wordt de term 'prevalentie' soms vermeden wanneer er sprake is van mogelijke bias. Zo maakt Kamperman (2005) geen gebruik van de term 'prevalentie', omdat zij een aselechte steekproef aangevuld had met een sneeuwbalsteekproef. In dit proefschrift wordt, in tegenstelling tot bovengenoemde strikte hantering van het begrip 'prevalentie' de term 'prevalentie' ook gebruikt, wanneer er in bepaalde studies mogelijke vertekeningen en beperkingen zijn tengevolge van het optreden van enigerlei vorm van bias.

Hieronder volgt een overzicht van de specificatie van de verschillende categorieën stoornissen, voor mannen en vrouwen apart (zie Tabel 5.4). Vrouwen (74 %,  $n = 127$ ) hadden op basis van een  $\chi^2$ -toets significant vaker een As-I- diagnose dan mannen (54.6 %,  $n = 77$ ). Verder kwam Depressie met Vitale Kenmerken (Eenmalig, Matig) bij vrouwen significant vaker voor dan bij mannen (7.8 %). Ook kwam Gegeneraliseerde Angst significant vaker voor bij vrouwen (18.1 %) dan bij mannen (5.2 %).

Tabel 5.4 Prevalentie (in %) van As-I- Stoornissen (SCAN 2.1)

Diagnose	Mannen ( $n = 77$ )	Vrouwen ( $n = 127$ )	Totaal ( $n = 204$ )	$\chi^2$
As- I Scan 2.1- diagnose	54.6	74.0	67.0	7.325 **
Depressie met Vitale Kenmerken, Eenmalig, Licht	7.8	17.3	13.7	2.916
Depressie met Vitale Kenmerken, Eenmalig, Matig	7.8	26.0	19.1	9.117 **
Depressie met Vitale Kenmerken, Eenmalig, Ernstig <i>zonder</i> Psychotische Kenmerken	2.6	3.1	2.9	0.0
Depressie <i>met</i> Vitale Kenmerken, Eenmalig, Ernstig <i>met</i> Psychotische Kenmerken	0.0	2.4	1.5	0.576
Dysthymestoornis	1.3	2.4	2.0	0.0
Paniek <i>met</i> Agorafobie	1.3	5.5	3.9	1.279
Paniek <i>zonder</i> Agorafobie	2.6	5.5	4.4	0.398
Agorafobie <i>zonder</i> Paniek	1.3	3.1	2.5	0.131
Sociale Fobie	0.0	0.8	0.5	0.0
OC-stoornis	3.9	3.9	3.9	0.0
Gegeneraliseerde Angst	5.2	18.1	13.2	5.884 *
Angstklachten NAO	1.3	0.8	1.0	0.0
Schizofrenie, Resttype	0.0	4.7	2.9	2.276
Waanstoornis	1.3	0.0	0.5	0.064
Psychotische Stoornis NAO	3.9	1.6	2.5	0.328
Depersonalisatiestoornis	1.3	0.0	0.5	0.064
Dissociatieve Amnesie	0.0	1.6	1.0	0.140
Dissociatieve Stoornis NAO	0.0	3.1	2.0	1.107
Somatoforme Stoornis NAO	1.3	0.0	0.5	0.064
Ongedifferentieerde Somatoforme Stoornis	7.8	6.3	6.9	0.015
Somatisatiestoornis	0.0	4.7	2.9	2.276
Pijnstoornis	0.0	0.8	0.5	0.0
Pijnstoornis NAO	0.0	0.8	0.5	0.0
Eetstoornis NAO	0.0	0.8	0.5	0.0

Boulimea Nervosa Purgerend	1.3	0.8	1.0	0.0
Anorexia Nervosa	1.3	0.0	0.5	0.064
Primaire Insomnia	1.3	0.8	1.0	0.0
Slaapstoornis Circadiane Ritmiek	0.0	1.6	1.0	0.140
Slaapproblemen	2.6	1.6	2.0	0.0
Nachtmerriestoornis	9.1	10.2	9.8	0.001
Misbruik van Cannabis	2.6	0.0	1.0	1.193
Misbruik van Cocaïne	1.3	0.0	0.5	0.064
Misbruik van Alcohol	3.9	0.0	1.5	2.693
Afhankelijkheid van Verschillende Middelen	2.6	0.0	1.0	1.193
Aanpassingsstoornissen, Niet Gespecificeerd	7.8	3.1	4.9	1.332
Stemmingsstoornis met Slechte Lichamelijke Conditie	0.0	0.8	0.5	0.0
Slechte Fysieke Conditie met Depressieve Kenmerken	1.3	0.0	0.5	0.064

Noot. \*  $p < 0.05$ ; \*\*  $p < 0.01$

Het feit dat Turkse vrouwelijke respondenten significant vaker een As-I- stoornis bleken te hebben, is niet verbazingwekkend, ook al wijkt deze uitkomst af van het algemene beeld in de literatuur (bij Westerlingen). We zien dit, net als bij de andere constatering in dit proefschrift waarbij vrouwen slechter scoren, als een weergave van de aanwezige achterstand en achterstelling die deze vrouwen hebben en een weerspiegeling van de verschillende problemen aangaande het leven als migrant (vrouw) en invloeden van de (oorspronkelijke) cultuur.

Samenvattend\* kan gezegd worden dat met een prevalentie van 39.2 % de *depressieve stoornissen* het meest voorkwamen bij de GGZ-a populatie. Hier spreken we over de diagnose 'Depressie' volgens de criteria van de DSM-IV-TR en niet over cultuurgebonden depressieve klachten of *distress-idiomen* (Nichter, 1981), zoals die o.a. beschreven zijn door Kortmann (2006) en Richters (1996b), een (melancholische of gemaskeerde) depressie met veel lichamelijke klachten (Ebert & Martus, 1994; Limburg-Okken, 1989; Uluşahin, Başoğlu, & Paykel, 1994; Vianu, 2002) of een ontwortelingsdepressie (Verdonk, 1977). Anders zou dit percentage van bijna 40% hoger moeten zijn. Volgens De Wit et al. (2006; 2008) bedraagt de prevalentie van stemmingsstoornissen in een bevolkingsonderzoek met behulp van CIDI bij Turken 31.1% voor de gehele levensperiode, 22.4% voor de periode van één jaar en 14.9% voor één maand. Turken (en met name Turkse vrouwen) scoren op dit punt hoger

\* In verband met de vergelijkingen van de bovenstaande prevalentie-gegevens moet in ogenschouw genomen worden dat bij lang niet alle genoemde onderzoeken duidelijk is of bij berekeningen een voor de specifieke etnische groep adequaat afkappunt gehanteerd is.



dan Nederlanders, Marokkanen, Surinamers en Antillianen. Volgens een andere studie in een ambulante GGZ- populatie komt depressie bij 42% van de Turken voor (Hosper & Knipscheer, 1999), vergeleken met 56% bij een autochtone onderzoeksgroep. Uit de Utrechtse gezondheidspeiling (bevolkingssteekproef) bleek dat 33% van de Turken in Utrecht last had gehad van depressiviteit in de 12 maanden voorafgaand aan het onderzoek (Van Bergen, Dittricht, Gelderloos, Hesselink, & Hofmeijer, 2003). Voor autochtonen bedroeg dit percentage, vastgesteld met verschillende instrumenten waaronder de GHQ-12, RAND-12 en NUP-SI (Nieuw Utrechtse Peil Sociale Infrastructuur), ongeveer 11%. Kamperman, Komproe, en De Jong (2005) vonden dat stemmingsstoornissen (CIDI, MOS-SF-36) bij Turken een levensprevalentie hadden van 9.5% bij Turkse vrouwen en 6.6% bij Turkse mannen. Deze percentages waren hoger dan die welke gevonden werden voor Marokkanen (5.1% en 4.6%), maar lager dan die voor Surinamers (23.5% en 14.3%). Ander bevolkingsonderzoek (De Graaf et al., 2005) vond dat Turken juist een vrij lage 12-maands- prevalentie (4.4%) en *lifetime*-prevalentie (11.1%) hadden wat betreft de categorie Stemmingsstoornissen (CIDI); deze percentages waren voor Turken het laagst als er een vergelijking met andere etnische groepen werd gemaakt. Schrier, Theunissen, Kempe, en Beekman, (2005) vonden in dossieronderzoek dat Turkse mensen (ambulante GGZ-populatie) in vergelijking tot Nederlanders bijna twee keer zo vaak in behandeling waren voor depressieve stoornissen.

Volgenseenander onderzoek (bevolkingssteekproef; Utrechtse Gezondheidspeiling) zouden Turken op basis van gestandaardiseerde en niet-gestandaardiseerde vragen waaronder de GHQ-12, RAND-36 en NUP-SI (Nieuw Utrechtse Peil Sociale Infrastructuur) significant vaker depressiviteit (13%) en overspannenheid (39%) rapporteren (De Bruijne, Haks, Quak, & Amwijken, 2005). Borra (2002c) heeft aangegeven dat bij 30.3% van de Turkse cliënten (ambulante GGZ-populatie) een depressieve stoornis geconstateerd werd (vrouwen 32.6% en mannen 27.6%). Onder ouderen met een allochtone achtergrond komt depressie vaker voor in vergelijking met autochtone ouderen (Boland, Smits, De Vries, & Van Erp, 2007). Met name Turkse ouderen op basis van CES-D (the Center for Epidemiologic Depression Scale) lijken vaker een depressie te hebben (Van der Wurff et al., 2004). Depressie is dus de meest voorkomende psychische stoornis onder Turken. Dit wordt ook bevestigd door andere literatuur (zie Limburg- Okken, 1989; Richters, 2001; Van Wamel, Takkenkamp, Meeuwissen, Voordouw, & Verburg, 2005).

Na depressieve klachten zijn *Angststoornissen* de meest voorkomende klachten binnen de GGZ-a populatie met een prevalentie van 29.4%. Dit percentage is in een bevolkingsonderzoek met behulp van CIDI hoger dan de *lifetime*-prevalentie bij de Nederlandse bevolking (Bijl, Ravelli, & Van Zessen, 1998). Volgens onderzoek van De Wit et al. (2006; 2008) geldt bij de Turkse onderzoekspopulatie een *lifetime*-prevalentie van 14.9 %, een één- jaar-prevalentie van 9.6% en een één-maand-prevalentie van 7.7%. Hosper & Knipscheer (1999) vonden een prevalentie van 31% bij Turken. In ander onderzoek wordt gesproken over een

levensprevalentie van 9.1% bij Turkse vrouwen en 5.9% bij Turkse mannen (Kamperman et al., 2005). Schrier et al. (2005) vonden dat de diagnose 'Angststoornissen' bijna drie keer zoveel voorkwam bij Turkse cliënten dan bij Nederlandse cliënten. In ander onderzoek (De Bruijne et al., 2005) werden vergelijkbare resultaten gevonden. De Graaf et al. (2005) vond echter dat Turken in vergelijking met Nederlanders, Marokkanen, Surinamers en Antillianen de laagste 12-maandsprevalentie en *lifetime*-prevalentie hadden. Borra (2002c) vermeldt tenslotte percentages van 10.3% voor Turkse vrouwen en 15.6% voor Turkse mannen.

De prevalentie van *Slaapproblemen* (13.8%) viel beduidend lager uit in vergelijking met resultaten uit andere studies. Hosper & Knipscheer (1999) vonden namelijk dat 40% van hun Turkse onderzoekspopulatie slaapproblemen rapporteerde, terwijl dit voor autochtonen slechts 10% was. In ander onderzoek (Van Bergen et al., 2003) werd eveneens een prevalentie van 40% gevonden.

*Somatoforme stoornissen* kwamen in het huidige onderzoek bij 11.3% van de GGZ-a populatie voor. Dit is een opvallende constatering, omdat vaak aangenomen wordt dat allochtonen meer somatiseren dan autochtonen en somatisatie vaker voorkomt dan andere klachten (Angel & Guarnaccia, 1989; Can, 1998; Eppink, 1990; Eppink & Mouthaan, 1990; Hosper & Knipscheer, 1999; Hosper et al., 1999; Janca, Isaac, Bennett, & Tacchini, 1995; Kabelá & Van Tuin, 1987; Kirmayer, 1984; Knipscheer & Kleber, 1994; Limburg-Okken, 1989; Maussaoui, 1986; Van der Meer, 1986; Van Moffaert, 1998; Richters, 1997; Schippers, 2001). In de populatie van Hosper et al., (1999a) kwamen lichamelijke klachten bij 75% van de Turkse cliënten voor. Bij autochtonen echter kwamen dergelijke klachten slechts in 34% van de gevallen voor. Qua lichamelijke klachten scoorden Turken ook hoger dan Surinamers (46%) en Marokkanen (64%). Kamperman et al. (2005) constateerden een levensprevalentie voor somatoforme stoornissen van 11.6% bij Turkse vrouwen en 6.6% bij Turkse mannen. Net als de resultaten uit andere studies (Gureje, Simon, Üstün, & Goldberg, 1997) lijken de bevindingen uit dit onderzoek de aanname dat depressie in niet-westerse culturen beheerst zou worden door somatische symptomen, ter discussie te stellen (Hosper & Knipscheer, 1999; Knipscheer, May, Schouten, & Kleber, 2005).

In de GGZ-a populatie werd in 5.9% van de gevallen een *psychotische stoornis* vastgesteld. Schrier et al. (2005) vonden dat deze diagnose bij Turkse cliënten minder vaak voorkwam dan bij Nederlandse, Surinaamse en Marokkaanse cliënten. Borra (2002c) stelde bij 12% van de Turkse mannen en 5.3% van de Turkse vrouwen schizofrenie of een psychotische stoornis vast.

*Relatieproblemen* (volgens de criteria van de SCAN 2.1) kwamen niet voor in de GGZ-a populatie maar werden wel geconstateerd op basis van de DSM-IV (19%). Hosper & Knipscheer (1999) vonden dat er bij 14% van hun Turkse onderzoeksgroep sprake was van relationele problemen. In dit onderzoek werd echter niet uitgegaan van een klinische diagnose, maar van de meningen van cliënten zelf. Er zijn wel auteurs die suggereren dat

migratie een negatieve invloed heeft op het gezin en relaties (Hertz, 1997; Meurs & Cluckers, 1998; Pos, 2002; Sciarra, 1999; Smith et al., 2006; Sterman, 1999; Tjin A Djie & Zwaan, 2007; Zelenko & Shaw, 2001). Ook wordt veelzijdig gerapporteerd dat relatie- gezins- en familieproblemen dan vaker voorkomen (Arends, 1991; Bozkır, 2004; Jessurun, 1991; De Jong, 1991; Krause & Miller, 1995; Sterman, 1996; Tromp & Van der Linden-Osinga, 1996; Yerden, 2001).

#### 5.9.4 Man-vrouwverschillen

In Tabel 5.4 valt op dat de Turkse vrouwen niet alleen significant vaker een As I- SCAN-diagnose hebben dan mannen, maar ook dat sommige stoornissen significant vaker voorkomen bij deze vrouwen, zoals 'Depressie met Vitale Kenmerken, Eenmalig, Matig' en 'Gegeneraliseerde Angststoornis'. Het is ook opvallend dat Turkse vrouwen duidelijk hoger scoorden dan Turkse mannen op bijna alle stoornissen binnen de categorieën Depressieve Stoornissen en Angststoornissen (behalve Angststoornis NAO). Dit beeld komt ook in de literatuur voor (De Wit et al., 2006; 2008). Het valt ook op dat Schizofrenie, Resttype, alleen bij Turkse vrouwen gediagnosticeerd werd, terwijl Turkse mannen hoger op Psychotische Stoornis NAO scoorden dan vrouwen.

#### 5.9.5 Constateringen op basis van de SCL-90 bij de gehele populatie (N = 429)

In de vorige sectie werden voor de GGZ-a populatie *de klinische diagnoses*, op basis van de SCAN 2.1 en de DSM-IV- criteria, besproken. Om een beeld te krijgen van het niveau van psychische stoornissen voor de totale steekproef werd gebruik gemaakt van de Symptom Check List-90 (SCL-90), een multidimensionale klachtenlijst (Derogatis et al., 1973; Nederlandse versie van Arrindell & Ettema, 1986; Turkse versie van Fidaner & Fidaner, 1984\*).

De SCL-90 is een zelf-invul-vragenlijst met 90 vragen op basis van een 5-puntsschaal waarbij een hogere score een grotere aanwezigheid van een bepaald symptoom indiceert. De totale score van de SCL-90 kan variëren tussen minimaal 90 en maximaal 450. De SCL-90 heeft 8 schalen: Angstklachten, Agorafobische Klachten, Depressie, Somatische Klachten, Insufficiëntie van Denken en Handelen, Wantrouwen en Interpersoonlijke Sensitiviteit, Hostiliteit en Slaapproblemen. De totale score op de SCL-90 (Psychoneuroticisme) is een maatstaf voor compleet psychisch disfunctioneren.

De Commissie Testaangelegenheden Nederland (COTAN) (Evers, Van Vliet-Mulder,

---

\* Er zijn meerdere Turkse versies van de SCL-90 in omloop. Gekozen is voor deze versie, gebaseerd op de verwachting dat het taalgebruik in deze versie van Fidaner en Fidaner (1984) het beste aan zou sluiten bij de doelgroep van het huidige onderzoek.

& Groot, 2000) van het Nederlandse Instituut van Psychologen (NIP) beoordeelt de SCL-90 als goed, vanwege de betrouwbaarheid en de begrips- en criteriumvaliditeit (zie ook Sprey, 2002; Van Wijngaarden et al., 2003). De Turkse versie van de SCL-90 is in 1984 ontwikkeld en op validiteit en betrouwbaarheid onderzocht (Aydemir & Köroğlu, 2000; Dağ, 1991; Fidaner & Fidaner, 1984; Kılıç, 1989; Öner, 1997). Naast de Nederlandse versie (zie bijvoorbeeld Braam et al., 2010) wordt ook de Turkse versie van de SCL-90 met enige regelmaat in Nederland gebruikt (Dijkstra, 2004; De Wit et al., 2006).

### 5.9.5.1 De totale score op de SCL-90

De gemiddelde totale score op de SCL-90 (Psychoneuroticisme) voor de steekproef ( $N=429$ ) bedroeg 255 ( $SD = 77.02$ ) (zie Tabel 5.5). Zoals te verwachten valt, is deze score hoger bij de GGZ-a populatie ( $M = 293$ ,  $SD = 64$ ) en de GGZ-b populatie ( $M = 285$ ,  $SD = 67$ ) en lager bij de AP ( $M = 212$ ,  $SD = 68$ ). Hoewel deze scores vrij hoog zijn, blijven ze toch aan de lage kant, als we ze vergelijken met de uitkomsten van een ander onderzoek met een Turkse poliklinische populatie in Nederland (Dijkstra, 2004). Daar hadden ze een gemiddelde van 320 voor psychoneuroticisme. Het verschil tussen de onderzoeksgroepen werd getest via een one-way Anova-analysen bleek significant te zijn ( $F=78.621$ ,  $p < 0.0001$ ). Dit betrof de verschillen tussen de AP en de GGZ-a populatie ( $p<0.001$ ) en de GGZ-b populatie ( $p<0.001$ ). Er bleek geen verschil te zijn tussen de GGZ-a populatie en de GGZ-b populatie ( $p=0.84$ ).

Als de Psychoneuroticisme-scores geanalyseerd worden op sekseverschillen door middel van de Student  $t$ -toets, ontstaat het volgende beeld. Mannen scoorden wat lager ( $M = 238$ ,  $SD = 76$ ) dan vrouwen ( $M = 266$ ,  $SD = 76$ ). Dit verschil komt ook tot uiting bij de drie afzonderlijke groepen. Het bleek dat mannen en vrouwen binnen de totale onderzoekssteekproef significant van elkaar verschilden ( $t(df) = -3.64(427)$ ,  $p < 0.001$ ). Dit verschil was ook significant voor mannen en vrouwen binnen de drie afzonderlijke populaties.

Vrouwen scoorden hoger op de SCL-90 Psychoneuroticismeschaal dan mannen binnen de GGZ-a populatie ( $t(df) = -2.04(202)$ ,  $p < 0.05$ ). Dit gold ook voor de AP ( $t(df) = -2.72(189)$ ,  $p < 0.005$ ) en de GGZ-b populatie ( $t(df) = -2.62(23)$ ,  $p < 0.05$ ) (zie Tabel 5.6). We vermoeden dat dit te maken heeft met de eerder genoemde psychosociale, sociaal-culturele, sociaal-economische en dergelijke factoren (migrant en vrouw zijn, vrouw zijn van een migrant-man, moeder zijn van migrant- kinderen, etc.). Alhoewel migranten als totaliteit slechter scoren op deze factoren dan autochtonen, scoren migrant- vrouwen nog slechter dan migrant- mannen.

Tabel 5.5 *T-toetsen op de Psychoneuroticisme-scores van de SCL-90 voor Mannen en Vrouwen*

Onderzoeksgroep	Man (SD)	Vrouw (SD)	<i>t</i> (df)	<i>P</i>
Totale populatie	238 (76)	266 (76)	-3.637 (427)	0.001***
GGZ-a	282 (70)	300 (60)	-2.036 (202)	0.043*
GGZ-b	243 (47)	309 (67)	-2.617 (23)	0.015*
Algemene Populatie	197 (60)	223 (71)	-2.717 (189)	0.007**

Noot. \*  $p < 0.05$ ; \*\*  $p < 0.005$ ; \*\*\*  $p < 0.001$

Hierboven is een korte beschrijving gegeven van de resultaten voor de totale score op de SCL-90 en de gevonden verschillen op basis van patiëntstatus en geslacht. Hieronder volgen de verschillen tussen mannen en vrouwen op de afzonderlijke schalen van de SCL-90.

### 5.9.5.2 Verschillen tussen mannen en vrouwen in psychische klachten (SCL-90)

Vrouwen scoorden significant hoger dan mannen op de schalen Angst, Agorafobie, Depressie, Somatische Klachten, Insufficiëntie van Denken en Handelen, en Wantrouwen en Interpersoonlijke Sensitiviteit. Voor de schalen Hostiliteit en Slaapproblemen werden geen significante verschillen gevonden. Het lijkt er dus op dat vrouwen meer psychische klachten ervaren (of in ieder geval rapporteren), dan mannen. Tabel 5.6 bevat ook de gemiddelden en standaardafwijkingen.

Tabel 5.6 *Verschillen Tussen Mannen en Vrouwen op de Afzonderlijke Schalen van de SCL-90*

	Mannen ( <i>n</i> = 168) <i>M</i> (SD)	Vrouwen ( <i>n</i> = 261) <i>M</i> (SD)	<i>t</i> (df)
Psychoneuroticisme (SCL- Totaal)	292.27 (64.26)	212.28 (67.79)	12.54 (0.427)**
Angst	26.68 (10.34)	30.34 (9.96)	-3.67 (0.427)**
Agorafobie	14.92 (6.91)	17.32 (7.39)	-3.37 (0.427)**
Depressie	44.49 (14.85)	50.85 (14.06)	-4.47 (0.427)**
Somatische Klachten	31.44 (11.35)	36.58 (11.26)	-4.60 (0.427)**
Insufficiëntie van Denken en Handelen	26.32 (8.57)	28.43 (8.90)	-2.43 (0.427)*
Wantrouwen en Interpersoonlijke Sensitiviteit	47.11 (16.74)	51.63 (16.13)	-2.79 (0.427)**
Hostiliteit	16.82 (6.54)	17.60 (6.39)	-1.22 (0.427)
Slaapproblemen	9.44 (3.54)	9.72 (3.62)	-0.79 (0.427)

Noot. \*  $p < 0.05$ ; \*\*  $p < 0.01$

De hier gepresenteerde uitkomsten wijken af van de resultaten in een ander onderzoek met Turken in Nederland (Dijkstra, 2004), waarin zowel Turkse mannen als Turkse vrouwen aanzienlijk hoger scoorden.

In de volgende paragraaf worden verschillende analyses met betrekking tot de SCL-90 weergegeven. De ene groep bestaat uit de totale GGZ- populatie, namelijk GGZ-a en GGZ-b samen ( $n = 204 + 25 = 229$ ), en de andere groep uit personen die representatief zijn voor de Algemene Populatie van Turken in Nederland (AP;  $n=200$ ).

### 5.9.5.3 Verschillen in psychische klachten (SCL-90) tussen respondenten van de GGZ- populaties en de Algemene Populatie van Turken in Nederland

De verschillen in de totale score op de SCL-90 werden getoetst op statistische significantie, waarbij gecontroleerd werd voor het opleidingsniveau van cliënten. Respondenten uit de GGZ- populatie rapporteerden een significant hogere mate van Psychoneuroticisme dan de respondenten uit de AP. Respondenten uit de GGZ- populatie scoorden verder significant hoger dan deelnemers uit de AP op alle SCL90-schalen.

Bij geen van deze analyses werd een significant interactie-effect gevonden. Dit betekent dat de gevonden verschillen niet toegeschreven kunnen worden aan verschillen in opleidingsniveau. De volledige resultaten zijn weergegeven in Tabel 5.7.

*Tabel 5.7 Verschillen in Psychische Klachten (SCL-90) tussen de GGZ- Populatie en de Algemene Populatie van Turken in Nederland*

	GGZ- populatie ( $n = 229$ ) <i>M</i> ( <i>SD</i> )	Algemene Populatie ( $n = 200$ ) <i>M</i> ( <i>SD</i> )	<i>t</i> ( <i>df</i> )
Psychoneuroticisme (SCL- Totaal)	292.27 (64.26)	212.28 (67.79)	12.54 (0.427)**
Angst	33.64 (8.77)	23.50 (9.11)	11.73 (0.427)**
Agorafobie	19.72 (6.94)	12.56 (5.62)	11.80 (0.427)**
Depressie	55.46 (12.56)	40.23 (12.61)	12.51 (0.427)**
Somatische Klachten	39.56 (9.70)	28.85 (10.87)	10.80 (0.427)**
Insufficiëntie van Denken en Handelen	31.37 (7.80)	23.29 (7.92)	10.63 (0.427)**
Wantrouwen en Interpersoonlijke Sensitiviteit	55.72 (16.05)	43.15 (14.33)	8.58 (0.427)**
Hostiliteit	20.10 (5.80)	14.08 (5.62)	10.91 (0.427)**
Slaapproblemen	11.33 (2.90)	7.64 (3.28)	12.27 (0.427)**

Noot. \*\*  $p < 0.001$

#### 5.9.5.4 Vergelijking van de SCL-scores van de Turkse onderzoeksgroep met de algemene (Nederlandse) normgroep

Om te onderzoeken of het totale klachtenniveau van de Turkse onderzoeksgroep verschilt van dat van de normgroepen uit de Nederlandse samenleving (Arrindell & Ettema, 2003) werd met behulp van Student *t*-toetsen nagegaan of er een verschil bestond in de Psychoneuroticisme-score. De onderzoeksgroep GGZ-populatie werd daartoe vergeleken met de SCL-90 normgroep “poliklinische psychiatrische patiënten”. De onderzoeksgroep AP werd vervolgens vergeleken met de SCL-90 normgroep “gewone bevolking” (Arrindell & Ettema, 2003). De resultaten zijn weergegeven in Tabel 5.8.

Tabel 5.8 *Verschillen in Psychoneuroticisme-score tussen de Turkse Onderzoeksgroep en de SCL-Normeringsgroepen*

	Geslacht	Turkse Respondenten Huidig onderzoek	Autochtonen Normgroep SCL	<i>t</i> (df)
Poliklinische psychiatrische patiënten				
	Mannen	262 (58.5) ( <i>n</i> = 86)	196.23 (59.89) ( <i>n</i> = 2249)	10.00 (2333)**
	Vrouwen	304.5 (63.5) ( <i>n</i> = 143)	208.72 (62.30) ( <i>n</i> = 3252)	17.98 (3393)**
Gewone bevolking				
	Mannen	197 (60) ( <i>n</i> = 82)	114.96 (29.69) ( <i>n</i> = 1053)	21.82 (1133)**
	Vrouwen	223 (71) ( <i>n</i> = 118)	123.10 (34.70) ( <i>n</i> = 1041)	25.78 (1157)**

Noot. \* Op basis van gegevens uit Arrindell & Ettema (2003);\* \*  $p < 0.01$

In alle gevallen bleken de Turkse deelnemers aan het huidige onderzoek significant hoger te scoren dan de SCL- normeringgroepen. Het maakt niet uit of het om psychiatrische patiënten gaat, dan wel om mensen uit de gewone bevolking: zowel Turkse mannen als vrouwen behaalden een significant hogere score dan de (voornamelijk Nederlandse) vergelijkingsgroep. Dergelijke constatering sluiten aan bij bevindingen uit andere studies (Dijkstra, 2004; ambulante GGZ-populatie). Of deze constatering te maken hebben met de Turkse cultuur en/of het leven als migrant vragen we ons dan ook af. Gezien de bevindingen van Sayıl (1977) en İren- Akbıyık (2000) is het aannemelijk om te denken dat deze constatering eerder te maken hebben met het leven als migrant.

## 5.10 Stoornissen op As-II van de DSM-IV

### 5.10.1 Migratie en persoonlijkheid

Historisch gezien, gaat de studie van de persoonlijkheid terug tot Hippocrates en zijn indeling van de lichaamssappen (bloed, slijm, zwarte en gele gal) welke het temperament van het individu zouden bepalen (Dingemans, 2006). Oorspronkelijk komt het woord 'persoonlijkheid' van het Latijnse 'persona', dat 'masker' betekent (Andrea & Verheul, 2007) dat in de oudheid ook als geluidsversterker werd gebruikt door de acteurs in de Griekse theaters.

Daarom werd persoonlijkheid een tijd lang door toenmalige deskundigen gedefinieerd als de gesuggereerde (en niet de werkelijk bestaande) aard van het individu. Pas later werd meer aandacht besteed aan de zichtbare en observeerbare kanten van de persoonlijkheid en de onderliggende processen. Na de typologie van Kretschmer (1927) en later die van Sheldon (1942) in termen van uiterlijk waarneembare kenmerken, typeerde Eysenck (1970) de persoonlijkheid op basis van drie dimensies (Neuroticisme, Psychotisme en Extraversie). Recentelijk is dit model in populariteit verdrongen door het Big Five-model (Van Heck, 1993; Van Leest, 1997).

Persoonlijkheid duidt op datgene wat iemand tot een persoon maakt, inclusief wat hij/zij doet, hoe hij/zij zich gedraagt en hoe hij/zij waarschijnlijk zal handelen (Scroggs, 1997). Hier spelen verschillende genetische, intrapsychische, culturele, sociale en familiale factoren en processen een rol (Pervin, 1989; Procee, 1994). Volgens de DSM-IV bestaat de persoonlijkheid uit trekken (traits), dat wil zeggen persoonlijkheidskenmerken, zoals temperamenten, waarden en persoonlijke vaardigheden (Van Leest, 1997, 2000, 2001). Deze trekken worden aangeduid als een duurzaam patroon van waarnemen, omgaan met en denken over de omgeving en de eigen persoon (Andrea & Verheul, 2007). Pathologische trekken worden gekenmerkt door het feit dat ze afwijkend zijn van de algemene populatienorm (beter gezegd van de norm binnen de (sub)culturele context van het individu). Ze zijn verder niet-flexibel en betrekkelijk statisch. Ze leiden tot sociale en/of functionele beperkingen, zijn meestal egosyntoon (bij de persoon passend). Tenslotte veroorzaken ze al dan niet lijdensdruk bij het individu of diens omgeving (Andrea & Verheul, 2007). Om dysfunctionering van de persoonlijkheid te meten, zijn veel meetinstrumenten ontwikkeld. De meeste hiervan zijn ook in het Nederlands vertaald. Deze instrumenten worden meestal verdeeld in vijf categorieën (Multidisciplinaire Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen, 2008; Sprey, 2002):

- 1- semi-gestructureerde interviews volgens de DSM-IV- criteria: Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II; First et al., 1997), Structured Interview for DSM Personality Disorder (SIDP-R; Pfohl et al., 1995), International Personality Disorder Examination (IPDE; WHO, 1995);



- 2- zelfrapportagelijsten gericht op de DSM-IV- criteria: Personality Diagnostic Questionnaire (PDQ; Akkerhuis, Kupka, & Groenestijn, 1996), de Vragenlijst voor Kenmerken van de Persoonlijkheid (VKP; Duijsens, 1996), de Assessment of Personality Diagnostic Questionnaire DSM-IV versie (ADP-IV; Schotte & De Doncker, 1994);
- 3- zelfbeoordelingvragenlijsten gericht op het vaststellen van schema's: de Schema-Vragenlijst van Young (Young & Brown, 1990), Assumptielijst van Beck (Beck & Freeman, 1990), de PDQ-4+ (Akkerhuis et al., 1996).
- 4- vragenlijsten ten behoeve van dimensionale diagnostiek: the Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R; Costa & McCrae, 1992), de Dimensional Assessment of Personality Pathology- Basic Questionnaire (DAPP-BQ; Clark & Livesley, 2002), de Temperament and Character Inventory (TCI; Duijsens & Spinhoven, 2000), de Inventory of Interpersonal Problems (IIP-C; Zevalink & Berghout, 2005), de Nederlandse Interpersoonlijke Adjectieven Schaal (NIAS; Schact & Rouckhout, 2005) de Interpersonal Checklist Revised (ICL-R; De Jong, Van den Brink, & Jansma, 2000), de Impact of Message Inventory (IMI-C; Hafkenscheid, 2003), de Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI-2; Derksen, De Mey, Sloore, & Hellenbosch, 1996) de Nederlandse Verkorte MMPI –NVM; Luteijn & Kok, 1985).
- 5- De rest: Hare's Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R; Hare, 2003); het Diagnostic Interview for Borderline patients (DIB; Gunderson, Kolb, & Austin, 1981); de Borderline Personality Disorder Severity Index (BPDSI; Arntz et al., 2003).

Als we het hebben over de persoonlijkheid in andere culturen, zoals niet-Westerse, worden we meteen geconfronteerd met (het ontbreken van) de universele geldigheid van dergelijke concepten. De termen 'persoon', 'persoonlijkheid', 'karakter', 'temperament', 'identiteit', 'ik' en 'zelf' verwijzen naar begrippen die moeilijk in één enkele definitie te vatten zijn. Het gevolg is dat internationale consensus moeilijk te bereiken is. In de wetenschappelijke literatuur bestaat daarom nog steeds veel discussie (Dingemans, 2006; Dwairy, 2000; Kempen, 1993; Mikton & Grounds, 2007; Van Leest, 1997, 2001; Verkuyten, 1999; Van Waning, 1999). Dit zien we terug in een klassieke publicatie van Allport (1937) die al tientallen jaren geleden 50 verschillende definities van de persoonlijkheid beschreven heeft. Deze oorspronkelijke Westerse termen (Hsu, 1985) kunnen niet klakkeloos overgenomen worden voor gebruik bij mensen uit andere culturen, want cultuur is ook een dynamisch begrip en hiervan bestaan zeer veel verschillende definities, zoals de 150 verschillende definities die Kroeber en Kluckhohn (1963) gepresenteerd hebben. Wanneer dit toch gebeurt, kunnen verschillende vormen van biases ontstaan (Te Nijenhuis & Van der Flier, 1999), omdat iedere cultuur een eigen definitie heeft van persoonlijkheid en van goede, slechte of pathologische persoonlijkheidskenmerken (Hofstede, 1997; Matsumoto, 2000). In de ene cultuur wordt

bijvoorbeeld meer waarde gehecht aan het autonome zelf en wordt dit als norm gebruikt, terwijl in een andere cultuur juist het sociocentrische zelf norm is (Richters, 1995). Ook de vaak gebruikte basisdimensies van de persoonlijkheid (zoals Neuroticisme, Extraversie, Openheid en dergelijke) kunnen een andere inhoud weerspiegelen in verschillende culturen (Van Heck, 2000; Van Leest, 2001; Pervin, 1999; Van de Vijver & Van Hemert, 2008).

Bij stoornissen van de persoonlijkheid is er dan ook sprake van een grote culturele betrekkelijkheid (Paris, 1998). Er dient terdege rekening gehouden te worden met verschillen in taal, verschillen in normen en waarden en zogenaamd *idioms of distress* (Van Meekeren, 2002). Ook is het de vraag of en in welke mate deze concepten ook op migranten van toepassing zijn en of migratie deze concepten kan beïnvloeden. In de literatuur worden verbanden gelegd tussen migratie en persoonlijkheid. Lee, McCauley, en Draguns, (1999) hebben een uitgebreid overzicht gegeven van onderzoeken naar persoonlijkheid in verschillende culturen. Psychoanalytisch-georiënteerde deskundigen spreken in dat kader over een culturele ‘basispersoonlijkheid’ die een bepalende factor is voor hoe de migrant zich in het gastland tracht te handhaven (Eppink, 1987). Hiernaar verwijzend, spreekt Balint over een “migratoire geneigdheid” (Grinberg & Grinberg, 1990). Volgens deze benadering gaat het om ochnofilie dan wel filobatie (Akhtar, 1999). Ochnofilische mensen hebben een neiging tot veiligheid en stabiliteit, kunnen niet zonder anderen leven en zijn erg gehecht aan vertrouwde mensen, plaatsen en objecten. Filobatische mensen daartegen hebben een hekel aan banden en afhankelijkheid. Ze willen reizen, avonturen beleven, nieuwe en opwindende ervaringen opdoen en risico’s nemen. Ze kunnen mensen en fysieke objecten gemakkelijk loslaten.

Migratie kan verder invloed hebben op de etnische en culturele identiteit en de persoonlijkheid (Grinberg & Grinberg, 1990; Kamperman, 2005; De Vos, 1995). Migranten worden meestal gedwongen om hun identiteit te herevalueren, te herorganiseren, te wijzigen of aan te vullen (Akhtar, 1995). Daarom worden er verschillende etnische zelfdefinities onderscheiden (met name bij de nieuwe generaties migranten), zoals dissociatieve, assimilatieve, marginale en interculturele identiteit en de acculturatief-biculturele of duale identificaties en/of identiteiten (Kim, 2001; Verkuyten, 1999), de hybride identiteit (Akhtar, 1995) en het ‘extended self’ of de ‘possible selves’ (Van Waning, 1999). In de literatuur wordt naast cultuurverschillen en cultuurgebonden identiteiten ook rasgebonden identiteiten beschreven (Sciarra, 1999), zoals de ‘White racial identity en Black racial identity’ (Helms, 1984, 1990). Gerelateerd aan deze ontwikkelingen, zijn verschillende meetinstrumenten ontwikkeld, bijvoorbeeld: de Racial Identity Attitude Scale (RIAS; Parham & Helms, 1981), de White Racial Identity Attitude Scale (WRIAS; Helms & Carter, 1990), de White Racial Consciousness Development Scale (WRCDS; Claney & Parker, 1989) en de Oklahoma Racial Attitudes Scale (ORAS-P; Choney & Behrens, 1996).

Vanuit de invalshoek van de cross-culturele psychologie wordt daarom met betrekking tot persoonlijkheid veelal de nadruk gelegd op de zogenaamde ‘indigenous per-

sonality' (cultuur-eigen persoonlijkheid) die in de betreffende culturele context begrepen kan worden (Matsumoto, 2000). Vanwege deze verschillende aspecten, de cultuur- en contextgebondenheid van de persoonlijkheid en de al eerder genoemde kritiek, kan de Westers-georiënteerde DSM-classificatie van psychiatrische stoornissen niet vanzelfsprekend toegepast worden bij het diagnosticeren van persoonlijkheidsstoornissen bij mensen in andere culturen (Hellings, 1994; Knipscheer et al., 2005). Rekening houdend met deze kanttekeningen (zie ook Van Leest, 2001), hebben we gebruik gemaakt van de volgende twee instrumenten: de SCID-II en de NEO-PI-R. Ook andere studies hebben deze instrumenten naast elkaar gebruikt (zie bijvoorbeeld Ryder, Costa, & Bagby, 2007). Omdat de SCID-II door de onderzoeker zelf afgenomen moest worden, werd besloten om de NEO-PI-R ook alleen bij de GGZ-a populatie te gebruiken.

### 5.10.2 Persoonlijkheidsstoornissen bij de GGZ-a populatie

Zoals hierboven is uitgelegd, werd om persoonlijkheidsstoornissen te kunnen diagnosticeren, in eerste instantie gebruik gemaakt van de Nederlandse versie (Weertman et al., 2000) van de Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis-II Personality Disorders (SCID-II) (First et al., 1997; Spitzer et al., 1990) en later van de Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R; Costa & McCrae, 1992). De SCID-II is binnen het DSM-IV-systeem het meest gangbare klinische interview voor de meting van persoonlijkheidsstoornissen (Sprey, 2002; Van Wijngaarden et al., 2003). Wanneer het instrument gebruikt wordt voor het in kaart brengen van prevalentie gaat het om *life-time* gegevens.

De SCID-II is een semigestructureerd interview met 140 items die 12 verschillende persoonlijkheidsstoornissen bestrijken. De vragen moeten door het geïnterviewde met 'ja' of 'nee' beantwoord worden. Verder wordt de geïnterviewde gevraagd om één of meerdere voorbeelden te geven. Op grond hiervan bepaalt de interviewer of er (i) voldoende informatie gegeven is voor het kunnen stellen van een diagnose, (ii) het symptoom of de klacht afwezig is of onder de drempelwaarde valt, dan wel (iii) voldoet aan een bepaald criterium (Dingemans, 2006; Sprey, 2002). Er is systematisch onderzoek gedaan naar de interne validiteit en betrouwbaarheid van zowel de originele versie (Maffei et al., 1997) als de Nederlandse versie (Arntz, Van Beysterveldt, & Hoekstra, 1992; Weertman, Arntz, Dreessen, Van Velzen, & Vertommen, 2003). Er werden goede interbeoordelaarbetrouwbaarheid en voldoende test-hertestbetrouwbaarheid gevonden (Dingemans, 2006). Omdat er geen officiële Turkse versie bestaat die gebaseerd is op DSM-IV, werd de volgende procedure gevolgd. Als uitgangspunt werd de Nederlandse versie gebruikt. Een groot deel van het interview vond in de meeste gevallen dan ook plaats in het Nederlands. Daar waar de tweetalige (Turkse) psychotherapeut/onderzoeker (MC) behoefte aan verduidelijking bespeurde, werd de vraag in het Turks herhaald of met andere woorden omschreven. Deels werd daarbij, daar waar dat mogelijk was, gebruik gemaakt van formuleringen, zoals die in de op DSM-III gebaseerde

Turkse versie opgenomen zijn. Deels werd gebruik gemaakt van een eigen vertaling van de onderzoeker van DSM-IV gerelateerde vragen. Tweetalige interviews zijn niet ongebruikelijk bij onderzoek met migranten (zie bijvoorbeeld recent onderzoek van Braam et al., 2010, waarin zelfs gebruik gemaakt werd van gemengde drietalige interviews).

Er werd tevens uitvoerig en grondig doorgevraagd tijdens het interview om ervoor te zorgen dat het gebruik van de SCID-II in deze context verantwoord was.

In het huidig onderzoek werd bij 204 personen uit de GGZ- a populatie de SCID- II\* afgenomen. Het ging om 127 Turkse vrouwen en 77 Turkse mannen. Hiervan voldeden 66 cliënten (32.3%) aan één of meer As- II-diagnoses op basis van de SCID- II; 36% van de Turkse vrouwen ( $n= 46$ ) werd gediagnosticeerd met een persoonlijkheidsstoornis. Hiervan had 61% ( $n= 28$ ) één persoonlijkheidsstoornis en de rest meer dan één; 29% van de Turkse mannen ( $n= 22$ ) werd gediagnosticeerd met een persoonlijkheidsstoornis. Hiervan had 55% ( $n= 12$ ) slechts één persoonlijkheidsstoornis en de rest meer dan één.

Op basis van de SCID- II werden in totaal 120 As- II- diagnoses gesteld, waarvan 50 (41.6%) bij mannen en 70 (58.4%) bij vrouwen. In Tabel 5.9 wordt de verdeling voor de verschillende persoonlijkheidsstoornissen weergegeven in percentages en aantallen. Het betreft het percentage waarin een bepaalde stoornis voorkomt ten opzichte van het totale aantal gediagnosticeerde persoonlijkheidsstoornissen.

Tabel 5.9 *Percentage Persoonlijkheidsstoornissen ten Opzichte van Alle Gestelde Diagnoses*

Persoonlijkheidsstoornissen	Mannen	Vrouwen	Totaal (%)
Ontwijkend	12% (6)	11.4% (8)	11.6
Afhankelijk	6% (3)	7.1% (5)	6.6
Obsessief-compulsief	14% (7)	27% (19)	21.6
Passief-agressief	26% (13)	7.1% (5)	15
Depressief	14% (7)	28.5% (20)	22.5
Paranoïd	6% (3)	7.1% (5)	6.6
Schizotypisch	0	0	0
Schizoïd	0	0	0
Theatraal	2% (1)	0	0.83

\* Het is de moeite waard om te vermelden dat de SCID- II een operationalisatie is van de persoonlijkheidsstoornissen die in DSM- IV genoemd zijn, terwijl sommige persoonlijkheidsstoornissen die hierin genoemd zijn, klinisch niet als persoonlijkheidsstoornis worden bestempeld. Dit is het geval bij de depressieve persoonlijkheidsstoornis. In de hier gepresenteerde aanbevelingen is hier rekening mee houden.

Tabel 5.9 *Percentage Persoonlijkheidsstoornissen ten Opzichte van Alle Gestelde Diagnoses (vervolg)*

Persoonlijkheidsstoornissen	Mannen	Vrouwen	Totaal (%)
Narcistisch	0	4.2% (3)	2.5
Borderline	4% (2)	5.7% (4)	5.0
Antisociaal	16% (8)	1.4% (1)	7.7
Totaal:	41.6% (50)	58.4% (70)	100

Als we deze cijfers voor de gehele steekproef bekijken, valt op dat de depressieve persoonlijkheidsstoornis het meeste voorkomt, gevolgd door de obsessief-compulsieve persoonlijkheidsstoornis en op de derde plaats, de passief-agressieve persoonlijkheidsstoornis.

Van de gestelde diagnoses kwam de 'passief-agressieve persoonlijkheid' het meest voor bij mannen en de 'depressieve persoonlijkheid' het meest bij vrouwen. Daarna volgden de 'depressieve' en de 'obsessief-compulsieve persoonlijkheid' bij mannen en de 'obsessief-compulsieve persoonlijkheid' bij vrouwen.

### 5.10.3 Prevalentie van As-II- stoornissen

Zoals gezegd, werd bij alle 204 deelnemers van de GGZ- a populatie de SCID-II afgenomen. Het ging om 127 Turkse vrouwen en 77 Turkse mannen. Hiervan voldeed 31% van de respondenten aan één (of meer) As- II-diagnoses. Dit gegeven staat los van het feit of deze mensen ook een As- I-diagnose hadden. Er zijn weinig resultaten uit onderzoek bekend op basis waarvan een vergelijking gemaakt kan worden met Turken, zowel in Nederland als in Turkije. Echter, in vergelijking met geschatte prevalenties van persoonlijkheidsstoornissen bij Nederlanders (bijvoorbeeld 13.5%; Soeteman, Verheul, & Busschbach, 2008), die per studie fors van elkaar kunnen verschillen (Andrea & Verheul, 2007), vallen de gevonden percentages bij de huidige steekproef hoog uit. Dit is in vergelijking met de Nederlandse psychiatrische populatie (60.4%) (Multidisciplinaire Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen, 2008) echter bijna twee keer minder! Volgens Schrier et al. (2005) komt een persoonlijkheidsstoornis ongeveer evenveel voor bij cliënten met verschillende afkomsten (Turken, Surinamers, Marokkanen en Nederlanders). Als omgevingsfactoren (*nurture*) een belangrijke rol kunnen spelen, naast de invloed van meerdere genen (*nature*) op het ontstaan van persoonlijkheidsstoornissen (Multidisciplinaire Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen, 2008), is het de vraag of migratie, dat wil zeggen leven als migrant, zo'n belangrijke invloed kan hebben op de Turken in Nederland dat ze hier toch zo hoog op scoren. Of is dit eerder een kwestie van de genetisch kwetsbare individuen die door/tijdens migratie juist meer risico lopen om persoonlijkheidsstoornissen te ontwikkelen?

Wat betreft de prevalentie van persoonlijkheidsstoornissen bij alle aangemelde cliënten (GGZ-a populatie) kwam de obsessief-compulsieve persoonlijkheidsstoornis met een percentage van 12.9% het vaakst voor. Een depressieve persoonlijkheidsstoornis was aanwezig bij 12.7% van de respondenten. Een passief-agressieve persoonlijkheidsstoornis werd bij 8.8% van de onderzoekspopulatie vastgesteld. Een ontwijkende persoonlijkheidsstoornis kwam bij 5.9% voor, een paranoïde persoonlijkheidsstoornis bij 5% en een borderline persoonlijkheidsstoornis bij 2.9%. De afhankelijke en de antisociale persoonlijkheidsstoornissen werden in 2.5% van de gevallen gediagnosticeerd.

Er werd vervolgens onderzocht of bepaalde persoonlijkheidsstoornissen vaker voorkwamen bij mannen dan bij vrouwen (zie Tabel 5.10). Gevonden werd dat de passief-agressieve persoonlijkheidsstoornis significant vaker voorkwam bij mannen dan bij vrouwen ( $\chi^2 = 8.44$ ,  $p < 0.05$ ). Ook de antisociale persoonlijkheidsstoornis werd significant vaker aangetroffen bij mannen dan bij vrouwen ( $\chi^2 = 4.30$ ,  $p < 0.01$ ). Dit beeld is conform de literatuur (Andrea & Verheul, 2007). Verder werden er tussen mannen en vrouwen geen significante verschillen in prevalentie van As-II- diagnoses gevonden. De schizoïde en schizotypische persoonlijkheidsstoornissen kwamen in het geheel niet voor.

5

Tabel 5.10 Prevalentie van SCID-II- Diagnoses bij de GGZ-a Populatie

SCID-II	Mannen (n = 77) %	Vrouwen (n = 127) %	Totaal (n = 204) %	$\chi^2$
As -II Scid-II	28.6	32.3	30.9	0.16
Ontwijkend	6.5	5.5	5.9	0.00
Afhankelijk	2.6	2.4	2.5	0.00
Obsessief-compulsief	9.1	15.0	12.9	1.00
Passief-agressief	16.9	3.9	8.8	8.44 **
Depressief	9.1	15.0	12.7	1.00
Paranoïd	3.9	3.9	3.9	0.00
Schizoïd	0.0	0.0	0.0	0.00
Schizotypisch	0.0	0.0	0.0	0.00
Theatraal	1.3	0.0	0.5	0.06
Narcistisch	0.0	2.4	1.5	0.58
Borderline	2.6	3.1	2.9	0.00
Antisociaal	10.4	0.8	4.5	6.57*

Noot. \*  $p < 0.05$  ; \*\*  $p < 0.01$

### 5.10.4 Relaties tussen As-I- stoornissen en As-II- stoornissen

Als we een vergelijking maken tussen de As-I- diagnoses (op basis van de SCAN) en de As-II- diagnoses (op basis van de SCID-II), dan valt op dat 31% van de respondenten alleen een As-II-diagnose heeft. Het percentage dat zowel een As-I- diagnose als een As-II- diagnose had, bedroeg 18 %. Verder valt op dat 11 % noch een As-I- diagnose, noch een As-II- diagnose had. Er bestond geen significante relatie tussen het hebben van een As-I- diagnose en het hebben van een As-II- diagnose:  $\chi^2 (1, n = 204) = 1.65$ . Op zich is dit een verrassende constatering, want in de schaarse literatuur (bij autochtonen) over de aanwezigheid van As-I- comorbiditeit bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis zijn er aanwijzingen dat bij 80% van de patiënten met een persoonlijkheidsstoornis er tevens sprake is van minstens één As-I- diagnose. Dit is rond de 50% voor patiënten met een As-I- stoornis die tegelijkertijd een As-II- stoornis hebben (Andrea & Verheul, 2007). De enige mogelijke verklaring hiervoor kan zijn dat de GGZ-a populatie geen noemenswaardige ‘harde’ psychopathologie op zowel As-I (zoals psychotische stoornissen en dergelijke) als op As-II (zoals cluster A en B) heeft. De positieve kant hieraan kan zijn dat deze cliënten een stuk gemakkelijker te behandelen zijn.

### 5.10.5 Constateringen op basis van de NEO-PI-R

Om een betere indruk te krijgen over mogelijke As-II-stoornissen werd ook gebruik gemaakt van de Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R). Dit instrument is in 1985 in de VS ontwikkeld en later aangepast (Costa & McCrae, 1992). Het is momenteel de meest gebruikte vragenlijst voor het in kaart brengen van de persoonlijkheid (Van Leest, 1997; Lindsay et al., 2007). De NEO-PI-R meet door middel van 240 vragen de persoonlijkheid op vijf dimensies en 30 verschillende facetten. De vijf dimensies omvatten Neuroticisme (de mate waarin mensen emotioneel op tegenslag reageren en emotioneel stabiel zijn), Extraversie (de mate waarin individuen actief contact met anderen onderhouden), Openheid (de mate waarin personen naar nieuwe ervaringen en nieuwe ideeën zoeken), Altruïsme (de mate waarin men het belang van anderen boven het eigen belang stelt) en Zorgvuldigheid (de mate waarin individuen zich georganiseerd en doelgericht gedragen). De NEO-PI-R wordt sinds 1996 in Nederland gebruikt (Hoekstra, Ormel, & De Fruyt, 1996; Van Wijngaarden et al., 2003). Het beantwoorden van de items gebeurt op een 5-puntsschaal, waarbij de antwoord-categorieën lopen van ‘helemaal mee oneens’ (1) tot ‘helemaal mee eens’ (5).

De scores op alle subschalen van de Nederlandse versie van de NEO-PI-R weerspiegelen een (zeer) goede betrouwbaarheid (Hoekstra, Ormel, & De Fruyt, 2002; Masthoff, Trompenaars, Van Heck, Hodiamont, & De Vries, 2007). De scores op de NEO-PI-R hebben een goede voorspellingswaarde voor therapiegedrag, therapieverloop en drop-outkansen. Ze zijn van grote waarde voor het stellen van een juiste therapie-indicatie (Sprey, 2002). De NEO-PI-R wordt in verschillende landen en culturen met succes gebruikt (Berry et

al., 2006; Van Leest, 2000, 2001; Matsumoto, 2000; Van Minnen, 2007; Verboom, 2002; Van de Vijver, 2005). In sommige populaties is het instrument echter minder goed bruikbaar gebleken, zoals bijvoorbeeld is aangetoond bij Chinezen en Filipino's (Berry et al., 2006; Smith, Bond, & Kağıtçıbaşı, 2006).

De NEO-PI-R is ook in het Turks vertaald, aangepast en gevalideerd (Gülgöz, 2002; Somer, 1998). De NEO-PI-R is uitgebreid onderzocht met betrekking tot de toepasbaarheid bij etnische minderheden in Nederland. Een uitvoerende commissie heeft geen negatief advies gegeven ten aanzien van het gebruik van de NEO-PI-R bij etnische minderheden (Bochhah, Kort, & Seddik, 2005; Dinsbach & Seddik, 2006). Er is in de praktijk echter geen studie bekend waarbij de NEO-PI-R bij allochtonen gebruikt is.

#### 5.10.5.1 Betrouwbaarheidsanalyse van de NEO-PI-R-scores bij de GGZ-a populatie

In ons onderzoek hebben we de interne consistentie van de schalen van de NEO-PI-R berekend. Cronbach's Alfa-coëfficiënten waren 0.87 (Neuroticisme), 0.88 (Extraversie), 0.78 (Openheid), 0.79 (Altruïsme) en 0.89 (Zorgvuldigheid). Dit duidt op een ruim voldoende tot zeer goede betrouwbaarheid.

Bij vergelijking van de in dit onderzoek gebruikte Turkse versie met de betrouwbaarheid van de Nederlandse versie, blijkt de betrouwbaarheid even goed te zijn. Er zijn verscheidene studies gedaan naar de betrouwbaarheid van de Nederlandse versie, waarin de Cronbach's Alfa-coëfficiënten op een voldoende tot zeer goede betrouwbaarheid duiden: Neuroticisme 0.82 tot 0.92, Extraversie 0.77 tot 0.91, Openheid 0.77 tot 0.88, Altruïsme 0.69 tot 0.90 en Zorgvuldigheid 0.78 tot 0.92. (Hoekstra et al., 1996).

#### 5.10.5.2 Verschillen in persoonlijkheidskenmerken (NEO-PI-R) tussen mannen en vrouwen

De GGZ-a populatie ( $n = 204$ ) heeft de NEO-PI-R tijdens de intakefase ingevuld. Onderzocht werd of er verschillen bestonden tussen mannen en vrouwen op de verschillende schalen van de NEO-PI-R. Voor de schaal Altruïsme was de gemiddelde score van vrouwen significant hoger dan die van mannen. Dit komt overeen met in de literatuur gerapporteerde resultaten (Costa & McCrea, 1988). Voor de overige vier schalen werden geen significante verschillen gevonden (zie Tabel 5.11).

Als de gemiddelde scores (Hoekstra et al., 1996) van de schalen van de NEO-PI-R vergeleken worden met de scores van de autochtone Nederlandse psychiatrische populatie, scoren Nederlandse vrouwen (173.3) op de schaal Neuroticisme hoger dan onze Turkse vrouwelijke respondenten en scoren de Turkse mannen hoger dan de Nederlandse mannen (158.9).



Tabel 5.11 Verschillen Tussen Mannen en Vrouwen op de NEO-PI-R

Schaal	Mannen (n=77)		Vrouwen (n=127)		t (df)
	M	SD	M	SD	
Neuroticisme	165.48	(21.83)	169.81	(19.90)	-1.452 (202)
Extraversie	131.95	(23.11)	128.45	(21.07)	1.108 (202)
Openheid	141.99	(17.21)	139.02	(14.70)	1.311 (202)
Altruïsme	163.49	(16.19)	168.38	(15.69)	-2.128 (201)*
Zorgvuldigheid	149.20	(20.39)	153.26	(22.86)	-1.280 (201)

Noot. \*  $p \leq 0.05$

Wat betreft de schaal Extraversie scoren de Nederlandse vrouwen hoger (141.3) dan de Turkse vrouwen en de Nederlandse mannen (143.3) hoger dan de Turkse mannen. Dit beeld geldt ook voor de schaal Openheid (Nederlandse vrouwen en mannen respectievelijk 154.6 en 153.9) en de schaal Altruïsme (Nederlandse vrouwen en mannen respectievelijk 171.6 en 167.3). Op de schaal Zorgvuldigheid scoren de Nederlandse vrouwen iets lager (150) dan Turkse vrouwen en de Nederlandse mannen (149.30) nagenoeg gelijk aan Turkse mannen. Het is mogelijk om op basis hiervan te concluderen dat de Nederlandse psychiatrische populatie qua persoonlijkheidskenmerken meer open, extravert en altruïstischer is dan de Turkse psychiatrische populatie. Verder zijn deze twee populaties even zorgvuldig en zijn de Nederlandse vrouwen iets meer neurotisch dan de Turkse vrouwen en zijn de Turkse mannen meer neurotisch dan de Nederlandse mannen.

### 5.10.5.3 Correlaties tussen de NEO-PI-R-schalen en de WHOQOL-domeinen binnen de GGZ-a populatie

Om de samenhang tussen Kwaliteit van Leven en persoonlijkheidsfactoren in de onderzoeksgroep in kaart te brengen, werden Pearson-correlaties berekend tussen de domeinscores van de WHOQOL-100 en de scores op de NEO-PI-R-schalen.

In de bespreking van de gevonden verbanden werd niet alleen gekeken of een bepaalde correlatie statistisch significant is, maar werd ook rekening gehouden met de mate van samenhang. Daarbij is de volgende indeling gebruikt:  $r < 0.30$  is een lage correlatie,  $r < 0.50$  een matige correlatie en  $r \geq 0.50$  een hoge correlatie (Cohen, 1988).

Altruïsme bleek niet gerelateerd te zijn aan de globale inschatting van de Algemene Kwaliteit van Leven en Algemene Gezondheid en bleek evenmin geassocieerd te zijn met de afzonderlijke WHOQOL-domeinen. Zorgvuldigheid daarentegen was licht positief gecorreleerd met algemene Kwaliteit van Leven, Sociale Relaties en Omgeving. Matig positief was de correlatie met Psychische Gezondheid. Verder was er een negatieve correlatie met Lichamelijke Gezondheid. Extraversie hing matig positief samen met algemene Kwaliteit van Le-

ven en Algemene Gezondheid, en verder met Lichamelijke Gezondheid, Psychische Gezondheid en Sociale Relaties. Met Omgeving werd een lage positieve correlatie gevonden. Neuroticisme was licht negatief gecorreleerd met algemene Kwaliteit van Leven en Algemene Gezondheid en matig tot sterk met alle WHOQOL-100-domeinen: Lichamelijke Gezondheid, Psychische Gezondheid, Sociale Relaties en Omgeving. Er werden tenslotte significante, maar lage positieve correlaties gevonden tussen Openheid enerzijds en algemene Kwaliteit van Leven en Algemene Gezondheid, Lichamelijke Gezondheid en Psychische Gezondheid anderzijds (zie Tabel 5.12).

Tabel 5.12 Pearson Correlaties tussen Persoonlijkheid en Kwaliteit van Leven voor de GGZ-a Populatie

NEO-I-PR	WHOQOL				
	KvL	LG	PG	SR	O
Neuroticisme	-0.29**	-0.46**	-0.63**	-0.45**	-0.37**
Extraversie	0.30**	0.30**	0.46**	0.32**	0.18**
Openheid	0.14*	0.19**	0.19**	0.10	0.00
Altruïsme	0.06	0.01	0.04	0.09	0.13
Zorgvuldigheid	0.21**	-0.19**	0.43**	0.29**	0.26**

Noot. \*  $p \leq 0.05$ ; \*\*  $p \leq 0.01$ ; WHOQOL -KvL: Algemene Kwaliteit van Leven en Algemene Gezondheid; WHOQOL-LG: Lichamelijke Gezondheid; WHOQOL-PG: Psychologische Gezondheid; WHOQOL-SR: Sociale Relaties; WHOQOL-O: Omgeving

In deze analyses vallen de resultaten met betrekking tot de schaal Neuroticisme en de schaal Extraversie extra op, omdat Neuroticisme een negatief verband heeft met alle domeinen van de WHOQOL-100. Dit wijst erop dat neurotische mensen op alle fronten een slechtere Kwaliteit van Leven hebben. Duidelijk is ook dat Extraversie een positief verband heeft met alle domeinen van de WHOQOL-100.

Bij de vertaling van deze constatering naar de klinische praktijk zal de nadruk moeten liggen op het motiveren van extraverte mensen om zo door te gaan en op het ontmoedigen van neurotische mensen om zo door te gaan. Getracht moet worden om deze mensen zodanig te veranderen, dat hun Kwaliteit van Leven ook anders en beter kan worden. We vragen ons ten aanzien van het negatieve verband met lichamelijke gezondheid af of hier sprake is van een doorgeschoten zorgvuldigheid met bijna een hypochondrisch karakter. We denken zelfs dat dit gedrag in een klinische setting te beïnvloeden is. De verbanden die we geconstateerd hebben tussen Neuroticisme, Extraversie en Zorgvuldigheid versus Kwaliteit van Leven zijn sterk vergelijkbaar met de uitkomsten in een ander onderzoek (Masthoff et al., 2006).

#### 5.10.5.4 Correlaties voor de GGZ-a populatie tussen de NEO-schalen en de SCL- 90- schalen

Er was een relatief lage, negatieve correlatie tussen NEO-Altruïsme en SCL-90-Wantrouwen en Hostiliteit. Zorgvuldigheid hing negatief samen met een aantal SCL-90-schalen: Psycho-neuroticisme, Angst, Agorafobie, Depressie, Insufficiëntie, Wantrouwen en Hostiliteit. Extraversie bleek negatief gecorreleerd te zijn met alle SCL-90-schalen. Neuroticisme hing matig tot sterk samen met alle SCL-90-schalen, met correlaties variërend van 0.30 (SCL-90-Slaapproblemen) tot 0.64 (SCL-90-Psychoneuroticisme) (zie Tabel 5.13).

Tabel 5.13 *Pearson Correlaties tussen de NEO-PI-R en de SCL-90; GGZ-a Populatie*

NEO-I-PR	SCL-90								
	PN	AN	AG	DE	SK	IN	WA	HO	SL
Neuroticisme	0.64**	0.50**	0.47**	0.59**	0.36**	0.55**	0.60**	0.58**	0.34**
Extraversie	-0.36**	-0.23**	-0.35**	-0.41**	-0.19**	-0.31**	-0.36**	-0.22**	-0.17*
Openheid	-0.01	-0.03	-0.11	-0.02	0.01	0.06	0.02	0.01	-0.14
Altruïsme	-0.09	0.00	-0.08	-0.08	-0.08	-0.08	-0.16*	-0.22**	0.10
Zorgvuldigheid	-0.27**	-0.17*	-0.22**	-0.29**	-0.05	-0.20**	-0.31**	-0.26**	-0.08

Noot. \*  $p \leq 0.05$ ; \*\*  $p \leq 0.01$ ; SCL-PN: Psychoneuroticisme; SCL- AN: Angst; SCL-AG: Agorafobie; SCL-DE: Depressie; SCL-SK: Somatische Klachten; SCL-IN: Insufficiëntie van Denken en Handelen; SCL-WA: Wantrouwen en Interpersoonlijke Sensitiviteit; SCL-HO: Hostiliteit; SCL-SL: Slaapproblemen.

Het is opvallend en belangrijk dat er sprake is van duidelijke relaties tussen scores op de NEO-PI-R en de WHOQOL-100. Op basis hiervan kunnen we zeggen dat mensen met neurotische persoonlijkheidskenmerken significant hoger scoren op alle schalen van de SCL-90, terwijl dit in het geval van Zorgvuldigheid en Extraversie juist andersom is: mensen met deze persoonlijkheidseigenschappen scoren juist lager op de SCL-90-schalen.

### 5.11 Conclusies

In dit hoofdstuk hebben we de psychische gezondheid van Turken in Nederland bestudeerd. We hebben kunnen zien dat er naast de bekende determinanten van gezondheid bij autochtonen, ook sprake is van andere determinanten, zoals migratie of het leven als migrant. Aan de hand van de meeste aanwezige literatuur valt te constateren dat migratie mensen minstens kwetsbaar maakt voor het ontwikkelen van problemen en klachten, waaronder de psychische. Uiteraard komen hier de cultuurgebondenheid van diagnostiek en diagnostische instrumenten ter sprake, waaraan we veel aandacht hebben besteed. Op basis van een op verantwoorde manier gestelde *klinische diagnose* is bij onze GGZ-a populatie geconstateerd dat 67% van deze respondenten voldeed aan een As-I- diagnose volgens de SCAN 2.1.

Er werden in totaal 336 As-I- diagnoses gesteld, bestaande uit 51 verschillende soorten klachten. Verder kreeg 11% een diagnose volgens de DSM-IV V-code. Alles bij elkaar had bijna 80% een stoornis op grond van de gehanteerde Westerse diagnostische instrumenten. In feite is dit een hoog percentage.

Wat betreft de *prevalentie* van stoornissen kwamen in eerste instantie stemmingsstoornissen voor en in tweede instantie de angststoornissen. Deze stoornissen werden gevolgd door slaapstoornissen en somatoforme stoornissen. Het is opvallend dat de vrouwelijke respondenten significant vaker een SCAN 2.1-diagnose hadden dan de mannelijke. Dit was duidelijk te zien op sommige stoornissen, zoals Depressie met Vitale Kenmerken (Eenmalig, Matig) en de Gegeneraliseerde Angststoornis. Verder kwam, anders dan wij verwacht hadden, de diagnose Somatoforme Stoornis vrij weinig voor bij de GGZ-a populatie. Dit staat in schril contrast met het aanwezige (voor)oordeel in Nederland ten opzichte van Turken en migranten. Omdat er sprake is van duidelijk andere diagnose(s) en er ook evidentie is dat somatoforme stoornissen niet zo vaak voorkomen, is het ook de vraag of Turken in Nederland steeds meer op autochtonen gaan lijken, tenminste voor wat betreft de psychopathologie en het hebben van een duidelijke diagnose!

Feit is dat 17% van de GGZ-a populatie relatieproblemen heeft. We weten niet of dit een positieve of negatieve ontwikkeling is. In het dagelijkse sociale leven hebben we soms de indruk dat relatieproblematiek bij Turkse mensen rond de 60-80% ligt. Tevens is het de vraag hoeveel procent van Turkse mensen met zulke problemen hulp gaat zoeken en hun 'vuile was' buiten hangt vanwege angsten en schaamtes!

Wat betreft assessment met behulp van de *SCL-90* scoorde de GGZ-populatie significant hoger dan de Algemene Populatie van Turken in Nederland (AP) op alle schalen van de SCL-90, terwijl de GGZ-a populatie hoger (dus ongezonder) scoorde dan de GGZ-b populatie. Het is wel begrijpelijk dat de GGZ-b populatie beter scoorde dan de GGZ-a populatie, maar slechter dan de AP. Dit komt mogelijk door het therapie-effect. Wat betreft de verschillen tussen *mannelijke* en *vrouwelijke* respondenten is het duidelijk dat de vrouwelijke respondenten slechter (dus ongezonder) scoorden dan de mannelijke en dit is het geval bij zowel de totale steekproef, als de afzonderlijke onderzoeksgroepen. Zoals eerder al gezegd, heeft dit te maken met verschillende factoren: sociaal-culturele, sociaaleconomische, individuele, migratie-gebonden factoren en dergelijke. Wat betreft de vergelijking met de scores van *de autochtone* SCL-normeringsgroepen van de SCL-90 valt het erg op dat de steekproef in het huidige onderzoek significant slechter (dus ongezonder) scoorde dan de algemene autochtonen- normgroepen, zowel voor wat betreft de normale als de poliklinische populatie. Hier valt het extra op dat Turkse vrouwen nog slechter (dus ongezonder) scoorden, dan zowel Turkse als Nederlandse mannen en Nederlandse vrouwen!

Wat betreft de As-II-diagnoses hebben we aandacht besteed aan de (Westerse) cultuurgebondenheid van As-II-stoornissen. Op een verantwoorde manier gebruik makend

van de instrumenten hiervoor, voldeed een derde van de GGZ-a populatie aan de criteria voor een diagnose op basis van de SCID-II. Hier zijn de Turkse vrouwen in de meerderheid (bijna 36%) in vergelijking met mannen (29%). De depressieve persoonlijkheidsstoornis kwam het meest frequent voor, vooral bij vrouwen. De passief-agressieve stoornis kwam echter vaker bij mannen voor. Wat betreft de prevalentie van As-II- diagnoses voldeed 31% aan de criteria. Hier kwam de obsessief-compulsieve persoonlijkheidsstoornis het vaakst voor, gevolgd door de depressieve persoonlijkheidsstoornis. Terwijl er geen sprake is van significante man- vrouwverschillen als het gaat om het voorkomen van een As- II- diagnose, scoorden mannen significant hoger op de passief-agressieve en de antisociale persoonlijkheidsstoornissen. Op zich is het prevalentie-percentages, namelijk één op de drie Turken in de GGZ-a populatie heeft een persoonlijkheidsstoornis, vrij hoog. Het is echter niet mogelijk om dit te vergelijken met andere onderzoeksresultaten met Turken en migranten om een degelijk oordeel te geven. Maar dit percentage is aan de lage kant in vergelijking met corresponderende gegevens voor de autochtone Nederlanders (60.4%).

Wat betreft de mogelijke relatie tussen As- I- diagnoses en As-II- diagnoses bleek dat 18% van de GGZ-a populatie zowel een As-I- diagnoses als een As-II- diagnose heeft en dat 11% van de respondenten noch een As-I- diagnoses noch een As-II diagnose heeft.

We hebben kunnen constateren dat de meer neurotische deelnemers een slechte Algemene Kwaliteit van Leven en Algemene Gezondheid hebben en dat Extraversie en Zorgvuldigheid tegengestelde associaties te zien geven. Hoogscoorders op deze twee persoonlijkheidsschalen rapporteerden juist een betere Kwaliteit van Leven en een betere waargenomen Algemene Gezondheid. Opvallend is dat we dit verband ook zien bij de correlaties tussen de NEO-PI-R en de SCL-90 schalen. We hebben kunnen constateren dat de Turkse psychiatrische populatie qua persoonlijkheidskenmerken minder open, minder extravert en minder altruïstisch is dan de Nederlandse psychiatrische populatie. Daarnaast valt op dat de Nederlandse vrouwen iets meer neurotisch zijn dan Turkse vrouwen en Turkse mannen meer neurotisch zijn dan Nederlandse mannen. Wat betreft zorgvuldigheid is er bijna geen verschil tussen de Turkse en de Nederlandse populatie.

Al met al hebben we in dit hoofdstuk veel aandacht besteed aan de psychische gezondheid, concreter gezegd, de psychische stoornissen van Turken in Nederland. Het lastigste hieraan was dat we niet voldoende relevante onderzoeksresultaten hadden met betrekking tot Turken in Nederland, zodat we onze data konden vergelijken. Aan de andere kant vullen onze bevindingen deze leemte voortaan enigszins op voor andere onderzoekers.

## 5.12 Literatuur

- Akhtar, S. (1995). A third individuation: Immigration, identity, and the psychoanalytical process. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 43, 1051-1084.
- Akhtar, S. (1999). *Immigration and identity. Turmoil, treatment and transformation*. Northvale, NJ: Jason Aronson Inc.
- Akkerhuis, G.W., Kupka, R.W., & Groenestijn, M.A.C. van (1996). *PDQ-4+: Vragenlijst voor persoonlijkheidskenmerken*. Lisse: Swets & Zeitlinger Publishers.
- Allport, G.W. (1937). *Personality: A psychological interpretation*. New York, NY: Holt.
- American Psychiatric Association (APA). (2001). *Diagnostische criteria van de DSM-IV-TR*. Amsterdam: Harcourt Book Publishers.
- American Psychiatric Association (APA). (2001). *Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV-TR*. Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Lisse: Swets & Zeitlinger Publishers.
- Andersen, R.A. (1995). Revisiting the behavioural model and access to medical care: Does it matter? *Journal of Health and Social Behaviour*, 36, 1-10.
- Andrea, H., & Verheul, R. (2007). Categoriele classificatie, epidemiologie en comorbiditeit. In E.H.M. Eurlings-Bontekoe, R. Verheul, & W.M. Snellen (Red.), *Handboek persoonlijkheidspathologie* (pp. 75-101). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Andrews, G., Peters, L., Guzman, A.M., & Bird, K. (1995). A comparison of the two structured diagnostic interviews: CIDI and SCAN. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 29, 124-132.
- Angel, R., & Guarnaccia, P.J. (1989). Mind, body, and culture: Somatization among Hispanics. *Social Science & Medicine*, 28, 1229-1238.
- Arends, M. (1991). Werken met gezinnen I. In C. Pannekeet (Red.), *Riagg hulpverlening aan Turken en Marokkanen* (pp. 109-121). Meppel/Amsterdam: Boom.
- Arntz, A., Beysterveldt, B. van, & Hoekstra, R. (1992). The interrater reliability of a Dutch version of the Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 85, 394-400.
- Arntz, A., Hoorn, M. van den, Cornelis, J., Verheul, R., Bosch, W.M.C. van den, & Bie, A.J.H.T. de (2003). Reliability and validity of the borderline personality disorder severity index. *Journal of Personality Disorders*, 17, 45-59.
- Arrindell, W.A., & Ettema, J.H.M. (1986). *SCL-90: Handleiding bij een multidimensionele psychopathologie-indicator*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Arrindell, W.A., & Ettema, J.H.M. (2003). *Herziene handleiding bij een multidimensionele psychopathologie indicator (SCL-90)*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Artist, V. (2005). Schizofrenie van het allochtone type. In H. Rohloff, R. Schwarz, & A. Snijderwind (Red.), *Culturen zonder muren. Thema 2005: Schizofrenie anders bekeken* (pp. 7-15). Badhoevedorp: Mension.

- Aydemir, O., & Köroğlu, E. (2000). *Psikiyatride kullanılan klinik ölçekler* [De klinische vragenlijsten in de psychiatrie]. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Bala, J. (1999). In de marge van de psychotherapeutische optiek. In A. van Waning (Red.), *Multiculturele samenleving en psychoanalyse* (pp. 53-61). Assen: Van Gorcum.
- Barnouw, V. (1979). *Culture and personality* (3rd ed.). Homewood, IL: The Dorsey Press.
- Beck, A.T., & Freeman, A. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders*. New York, NY: The Guilford Press.
- Bekkum, D.H.J. van (1999). To belong and to be different: Balancing national and ethnic loyalties in male adolescents. In J. Mucha (Red.), *Dominant culture as a foreign culture: Dominant groups in the eyes of minorities. East European Monographs* (pp. 149-174). New York, NY: Columbia University Press.
- Bekkum, D. van, Ende, E. vanden, Heezen, S., & Bergh, A.H. vanden (1996). Migratie als transitie: De liminele kwetsbaarheid van migranten en implicaties voor de hulpverlening. In J. de Jong & M. van den Berg (Red.), *Transculturele psychiatrie en psychotherapie. Handboek voor hulpverleningen en beleid* (pp. 35-59). Lisse: Swets & Zeitlinger Publishers.
- Bengi-Arslan, L., Verhulst, F.C., & Crijnen, A.A. (2002). Prevalence and determinants of minor psychiatric disorder in Turkish immigrants living in The Netherlands. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 118-124.
- Bergen, A. van, Ditttricht, H., Gelderloos, G., Hesselink, M., & Hofmeijer, A. (2003). *Volksgesondheidsmonitor Utrecht. Themarapport Allochtonen. 19-65 jaar*. Utrecht: Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst.
- Berry, J.W. (1997). Immigration, acculturation and adaptation. *Applied Psychology: An international Review*, 46, 5-35.
- Berry, J.W., Poortinga, Y.H., Segall, M.H., & Dasen, P.R. (2006). *Cross-cultural psychology. Research and applications* (2<sup>nd</sup> ed.). Cambridge: Cambridge University Press.
- Bhatnagar, K., & Frank, J. (1997). Psychiatric disorders in elderly from the Indian sub-continent living in Bradford. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 12, 907-912.
- Bijl, R. van, Ravelli, A., & Zessen, G. van (1998). Prevalence of psychiatric disorder in the general population: Results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, 587-595.
- Bochhah, N., Kort, W., & Seddik, H. (2005). *Toepasbaarheid van enkele psychologische tests bij personeelsbeoordeling bij etnische minderheden*. Rotterdam: Landelijk Bureau Ter Bestrijding van Rassendiscriminatie- Nederlands Instituut van Psychologen, Intersector Sectie Interculturalisatie.
- Boedjarath, I. (2004). Gender en etniciteit. Hulpverlening aan zwarte, migranten- en vluchtelingen vrouwen. In E. van Meekeren, A. Limburg-Okken, & R. May (Red.), *Culturen binnen psychiatrie-muren. Geestelijke gezondheidszorg in een multiculturele samenleving* (pp. 204-214). Amsterdam: Boom.

- Boland, G., Smits, C., Vries, W. de, & Erp, R. van (2007). De kracht van je leven. De narratieve methode in de GGZ-preventie bij Turkse en Marokkaanse ouderen met depressieve klachten. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 62, 487- 499.
- Boon, A. E., Haan, A.M. de, & Boer, S.S.B. de (2009). Registratie van etnische herkomst. Tien argumenten tegen en nog meer argumenten vóór. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 64, 736-746.
- Borra, R. (2002a). Transculturele diagnostiek. In R. Borra, R. van Dijk, & H. Rohlof (Red.), *Cultuur, classificatie en diagnose. Cultuursensitief werken met de DSM-IV* (pp. 21-40). Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Borra, R. (2002b). Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders(DSM). In R. Borra, R. van Dijk, & H. Rohlof (Red.), *Cultuur, classificatie en diagnose. Cultuursensitief werken met de DSM-IV* (pp. 7-19). Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Borra, R. (2002c). Depressieve Turkse cliënten bij Riagg Rijnmond. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 57, 98-108.
- Bozkır, C. (2004). Omgaan met systemen: Het huisbezoek. In H. Rohlof, A. Sbiti, & A. Snijderwind (Red.), *Symposiumverslag Culturen zonder muren. Thema 2004; Samen werken op onbekend terrein* (pp. 54-62). Badhoevedorp: Mension.
- Braam, A.W., Schrier, A.C., Tuinebreijer, W.C., Beekman, A.T.F., Dekker, J.J.M., & Wit, M.A.S. de (2010). Religious coping and depression in multicultural Amsterdam: A comparison between native Dutch citizens and Turkish, Moroccan and Surinamese/ Antillean migrants. *Journal of Affective Disorders*, 125, 269-278.
- Brodman, K. (1949). The Cornell medical index. An adjunct to medical interview. *Journal of the American Medical Association*, 140, 530-534.
- Bruffaerts, R., Bonnewijn, A., Oyen, H. van, Demarest, S., & Demyttenaere, K. (2004). Prevalentie van mentale stoornissen in de Belgische bevolking. *Tijdschrift voor Geneeskunde*, 2, 75-85.
- Bruijne, L. de, Haks, K., Quak, S., & Amwijken, E. van (2005). *Allochtonen in Utrecht. Onderzoek naar etnische gezondheidsverschillen en trends daarin*. Utrecht: Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst, Afdeling Bestuur en Bedrijf, Bureau Epidemiologie en Informaties.
- Burnam, M.A., Hough, R.L., & Karno, M. (1987). Acculturation and lifetime prevalence of psychiatric disorders among Mexican Americans in Los Angeles. *Journal of Health and Social Behavior*, 28, 89-102.
- Can, M. (1998). Psychotherapeutische methodiek. In J.E. de Neef, J. Tenwolde, & K.A.A. Mouthaan (Red.), *Handboek interculturele zorg* (pp. 8/15-8/51). Maarssen: Elsevier/ De Tijdstroom.
- Can, M. (2004). De gezondheidssituatie van Turken in Nederland. In H. Can-Engin (Red.), *De positie van Turken in Nederland, Veertig jaar migratie* (pp. 76- 87). Utrecht: Inspraakorgaan Turken in Nederland.



- Choney, S.K., & Behrens, J.T. (1996). Development of the Oklahoma Racial Attitudes Scale-Preliminary Form (ORAS-P). In G.R. Sodowsky & J. Impara (Red.), *Multicultural assessment in counseling and clinical psychology* (pp. 225-240). Lincoln, NE.: Buros Institute of Mental Measurements.
- Çınar, I. (1993). Onderzoeker onder allochtonen. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 48, 950-956.
- Clanay, D., & Parker, W.M. (1989). Assessing white racial consciousness and perceived comfort with black individuals: A preliminary study. *Journal of Counseling and Development*, 67, 449-451.
- Clark, L.A., & Livesley, W.J. (2002). Two approaches to identifying the dimensions of personality disorder: Convergence of the five-factor model. In P.T. Costa & T.A. Widiger (Red.), *Personality disorder and the five-factor model of personality* (pp. 161-176). Washington, DC: American Psychological Association.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2<sup>nd</sup> ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Costa, P.T., Jr., & McCrae, R.R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and the Five Factor Inventory (NEO-FFI): Professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, Inc.
- Costa, P.T., Jr., & McCrea, R.R. (1988). Personality in adulthood: A six-year longitudinal study of self-reports and spouse ratings on the NEO Personality Inventory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 853-863.
- Dağ, I. (1991). Belirti Tarama Listesi (SCL-90)'nin üniversite öğrencileri için güvenilirliği ve geçerliği [De betrouwbaarheid en validiteit van de Symptom Checklist (SCL-90) voor universitaire studenten]. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2, 5-12.
- Dekker, J.J.M., Swalen, A.P.M., & Wessenbeek, H.J.M. (1990). *Transculturele psychiatrie. Knelpunten in de klinische praktijk*. Assen/Maastricht: Van Gorcum.
- Derksen, J.J.L., Mey, H.R.A. de, Sloore, H., & Hellenbosch, G. (1996). *MMPI-2. Handleiding bij afname, scoring en interpretatie*. Nijmegen: PEN Test Publisher.
- Derogatis, L.R., Lippman, R.S., & Covi, L. (1973). SCL-90, an outpatient psychiatric rating scale. *Psychopharmacological Bulletin*, 9, 13-28.
- Dieperink, C., Dijk, R. van, & Wierdsma, A. (2002). GGZ voor allochtonen. Ontwikkelingen in het zorggebruik in de regio Rotterdam, 1990-1998. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 57, 87-97.
- Dieperink, C., Dijk, R. van, & Vries, S. de (2007). Allochtonen in de GGZ 1990-2004: Groei en diversiteit. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 62, 710-720.
- Dijk, R. van (1998). Etnische minderheden en hun gezondheid. In R. Penninx, H. Münstermann, & H.B. Entzinger (Red.), *Etnische minderheden en de multiculturele samenleving* (pp. 393-420). Groningen: Wolters- Noordhoff.

- Dingemans, P. (2006). Classificatie van klinische en persoonlijkheidspathologie door middel van (semi-)gestructureerde interviews. In C. de Ruiter & M. Hildebrand (Red.), *Handboek psychodiagnostiek. Van testmethode naar toepassing* (pp. 61-87). Amsterdam: Harcourt Book Publishers.
- Dinsbach, W., & Seddik, H. (2006). Verantwoord testgebruik bij allochtonen. *Cultuur, Migratie, Gezondheid*, 3, 171-173.
- Dijkstra, H.N. (2004). Onbegrepen lichamelijke klachten bij een Turkse populatie. In H. Rohlof, A. Sbiti, & A. Snijdewind (Red.), *Culturen zonder muren. Thema 2004: Samen werken op onbekend terrein* (pp. 25-45). Badhoevedorp: Mension.
- Duijsens, I.J. (1996). *Assesment of personality disorders: Construction, reliability and validity of the VKP self-report*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Duijsens, I.J., & Spinhoven, Ph. (2000). *Handleiding van de Nederlandse Temperament en Karakter Vragenlijst*. Leiderdorp: Datec.
- Dwairy, M. (2000). Naar een psychoculturele benadering in de samenleving van het Midden-Oosten. *Gezinstherapie*, 11, 392-401.
- Ebert, D., & Martus, P. (1994). Somatization as a core symptom of melancholic type depression. Evidence from a cross-cultural study. *Journal of Affective Disorders*, 32, 253-256.
- Eisenberg, I. (1977). Disease and illness: Distinctions between professional and popular ideas of sickness. *Culture, medicine and psychiatry*, 1, 9-23.
- Eisenbruch, M. (1984). Cross-cultural aspects of bereavement II: Ethnic and cultural variations in the development of bereavement practices. *Cultural Medicine and Psychiatry*, 8, 315-347.
- Ekblad, S., Kohn, R., & Jansson, B. (1998). Psychological and clinical aspects of immigration and mental health. In S.O. Okpaku (Red.), *Clinical methods in transcultural psychiatry* (pp. 42-68). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Entzinger, H.B. (1987). 'Een kleine wereld'. *Migrantenstudies*, 3-4, 2-21.
- Eppink, A. (1990). *Het masker van de pijn. Psychosomatische klachten bij allochtonen*. Muidersberg: Coutinho BV.
- Eppink, A. (Red.). (1981). *Kind-zijn in twee culturen. Jonge Marokkaanse en Turkse kinderen in Nederland*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Eppink, A. (1987). *Migranten in het buitenland. Buitenlands wetenschappelijk onderzoek naar de gezondheid van migranten. Een analyse ten behoeve van het Nederlands beleid*. Utrecht: Nederlands Centrum Geestelijke Volksgezondheid.
- Eppink, A., & Mouthaan, I. (1990). *Migranten bijvoorbeeld. Evaluatie van de Voorbeeldprojecten psychosociale hulpverlening in de eerste lijn*. Utrecht: Nederlands Centrum Geestelijke Volksgezondheid.

- Escobar, J.I. (1998). Immigration and mental health. Why are immigrants better off ? *Archives of General Psychiatry*, 55, 781-782.
- Evers, A., Vliet-Mulder, J.C. van, & Groot, C.J. (2000). *Documentatie van tests en testresearch in Nederland*. Amsterdam, NDC/ Assen: Van Gorcum.
- Eysenck, H.J. (1970). *The structure of human personality*. Londen: Methuen.
- Fidaner, H., & Fidaner, C. (1984). *SCL-90 Ruh Sağlığı Testi'nin uygulaması ve metodolojik sorunlar* [Het gebruik van de SCL-90 en de methodologische problemen daarvan]. Bursa: 20. Psikiyatrik ve Norolojik bilimler kongresi.
- First, M.B., Spitzer, R.L., Gibbon, M., & Williams, J.B. (1997). *The Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis-II Disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Foets, M., Lucht, F. van der, & Droomers, M. (2007a). *Etniciteit, relatie volksgezondheid, allochtonen en zorggebruik*. Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM.
- Foets, M., Suurmond, J., & Stronks, K. (2007b). De relatie tussen etnische herkomst en gezondheid(szorg). In M. Foets, J. Schuster, & K. Stronks (Red.), *Gezondheids(zorg) onderzoek onder allochtone bevolkingsgroepen. Een praktische introductie* (pp. 29-50). Amsterdam: Aksant.
- Furnham, A. (1997). Culture shock, homesickness and adaptation to a foreign culture. In M.A.L. van Tilburg & A.J.J.M. Vingerhoets (Red.), *Psychological aspects of geographical moves: Homesickness and acculturation stress* (pp. 17-34). Tilburg: Tilburg University Press.
- Gemert, F. van (1997). Jij gaat zeker opschrijven dat Marokkanen slecht zijn. Over methodologische obstakels met culturele herkomst. *Amsterdams Sociologisch Tijdschrift*, 24, 188-210.
- Giel, R., & Nienhuis, F.J. (1999). *SCAN 2.1. Vragenschema's voor de klinische beoordeling in de neuropsychiatrie. Interview- woordenlijst*. Groningen: Swets Test Publishers.
- Goldberg, D., & Huxley, P. (1992). *Common mental disorders. A bio-social model*. Londen: Routledge.
- Graaf, R. de, Have, M. ten, Dorsselaer, S. van, Schoenmaker, C., Beekman, A., & Vollebergh, W. (2005). Verschillen tussen etnische groepen in psychiatrische morbiditeit. Resultaten van Nemesis. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 60, 703-716.
- Graafsma, T., & Tiekens, J. (1987). Leven in een 'condición migrante'. In P.A.Q.M. Lamers (Red.), *Hulpverlening aan migranten: De confrontatie van culturen in de geestelijke gezondheidszorg* (pp. 26-34). Alphen aan den Rijn/Brussel: Samson Stafleu.
- Grinberg, L., & Grinberg, R. (1990). Een psychoanalytisch onderzoek naar migratie: Pathologische en niet- pathologische aspecten. *Psychotherapeutisch Paspoort*, 4, 1.97-1.123.
- Gunderson, J.G., Kolb, J.E., & Austin, V. (1981). The diagnostic interview for borderline patients. *American Journal of Psychiatry*, 138, 896-903.

- Gureje, O., Simon, E.G., Üstün, T.B., & Goldberg, D.P. (1997). Somatization in cross-cultural perspective: A World Health Organisation study in primary care. *American Journal of Psychiatry*, 154, 989-995.
- Gülgöz, S. (2002). Five-factor model and NEO-PI-R in Turkey. In A.J. Marsella, R.R. McCrae, & J. Allik (Red.), *The five-factor model across cultures* (pp. 175-196). New York, NY: Kluwer Academic Plenum.
- Güzelcan, Y., Koeter, M.W.J., & Lanting, R.H.H. (2001). Verschillen in psychiatrische morbiditeit tussen eerste- en tweedegeneratie Turken die zich aanmelden voor behandeling bij een polikliniek van een algemeen psychiatrisch ziekenhuis. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 43, 185-189.
- Hafkenscheid, A. (2003). Objective countertransference: Do patients' interpersonal impacts generalize across therapists? *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 10, 31-40.
- Hamilton, M. (1967). Development of a rating scale for primary depressive illness. *British Journal of Social Clinical Psychology*, 6, 278-296.
- Hare, R.D. (2003). *The Psychopathy Checklist-Revised* (2<sup>nd</sup> ed.). Toronto: Multi-Health Systems.
- Harrison, G., Glazebrook, C., Brewin, J., Cantwell, R., Dalkin, T., Fox, R., Jones, P., & Medley, I. (1997). Increased incidence of psychotic disorder in migrants from the Caribbean to the United Kingdom. *Psychological Medicine*, 27, 799-806.
- Heck, G.L. van (1993). Identifying basic dimensions of personality. Commentary on the chapter by M. Zuckerman. In J. Hettema & I.J. Deary (Red.), *Foundations of personality* (pp. 101-111). Dordrecht/Boston/London: Kluwer Academic Publishers.
- Heck, G. L. van (2000). Persoonlijkheidsstoornissen: Universeel of cultuurspecifiek? In J. van den Bogaard & M. Can (Red.), *Over de grens, psychische hulpverlening aan allochtonen* (pp. 97-103). Tilburg: Dutch University Press.
- Hellings, G. (1994). Over de culturele gebondenheid van As- II van DSM-III-R. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 36, 20-31.
- Helman, C.G. (1994). *Culture, health and illness. An introduction for health professionals*. (3<sup>th</sup> ed.). Oxford: Butterworth Heinemann.
- Helman, C.G. (2001). *Culture, health and illness* (4<sup>th</sup> ed.). Londen: Arnold.
- Helms, J.E. (1990). The measurement of black racial identity attitudes. In J.E. Helms (Red.), *Black and White racial identity: Theory, research, and practice* (pp. 33-47). Westport, CT: Greenwood Press.
- Hertz, D.G. (1997). Psychological and psychosocial adjustment of migrants: Families in a changing environment. In M.A.L. van Tilburg & A.J.J.M. Vingerhoets (Red.), *Psychological aspects of geographical moves: Homesickness and acculturation stress* (pp. 75-91). Tilburg: Tilburg University Press.

- Hodiamont, P., Peer, N., & Syben, N. (1987). Epidemiological aspects of psychiatric disorder in a Dutch health area. *Psychological Medicine*, 17, 495-505.
- Hoekstra, H.A., Ormel, J., & Fruyt, F. de (1996). *NEO persoonlijkheids Vragenlijsten. NEO-PI-R en NEO- FFI. Handleiding*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Hoekstra, H.A., Ormel, J., & Fruyt, F. de (2002). *The NEO-PI-R / NEO-FFI Personality Inventory Manual*. Lisse: Harcourt Test Publishers.
- Hofer, J. (1678). Medical dissertation on nostalgia. *Bulletin of The Institute of the History of Medicine* (pp. 376-391). Trans. Carolyn Kiser Anspack. Augustus 1934.
- Hofstede, G. (1997). *Allemaal andersdenkenden. Omgaan met cultuurverschillen* (8<sup>e</sup> druk). Amsterdam: Uitgeverij Contact.
- Hosper, K., Hof, S. van 't, Knipscheer, J., Vollebergh, W., & Bijl, R. (1999). *Allochtone cliënten in de ambulante GGZ. Een inventarisatie van klachten, oorzaken, hulpvragen en hulpaanbod vanuit het perspectief van hulpverleners en cliënten*. Utrecht: Trimbos Instituut.
- Hosper, K., & Knipscheer, J. (1999). De allochtone cliënt aan het woord. In K. Hosper, S. van 't Hof, J. Knipscheer, W. Vollebergh, & R. Bijl (Red.), *Allochtone cliënten in de ambulante GGZ. Een inventarisatie van klachten, oorzaken, hulpvragen en hulpaanbod vanuit het perspectief van hulpverleners en cliënten* (pp. 51-81). Utrecht: Trimbos Instituut.
- Hosper, K., Konijn, C., & Vollebergh, W. (2001). *Jonge allochtonen en hulp bij psychische problemen. Verbetering van de kwaliteit en toegankelijkheid van de ambulante GGZ*. Utrecht: Trimbos Instituut.
- Hsu, F.L.K. (1985). The self in cross-cultural perspective. In A.J. Marsella, G. Devos, & F.L.K. Hsu (Red.), *Culture and self. Asian and western perspectives* (pp. 24-55). New York/Londen: Tavistock Publications.
- Huizingh, E. (2004). *Inleiding SPSS, 12.0 voor Windows en Data Entry*. Den Haag: Academic Service.
- Hwang, W., Myers, H.F., Abe-Kin, J., & Ting, J.Y. (2008). A conceptual paradigm for understanding culture's impact on mental health: The cultural influences on mental health (CIMH) model. *Clinical Psychology Review*, 28, 211-227.
- Intercultureel Addendum Angststoornissen (2008). *Commissie Interculturele Addendum Angststoornissen*. Rotterdam: Mikado.
- İren- Akbıyık, D., Mendel, E. G., Önder, M.E., & Cording, C. (2000). *Almanya'da yaşayan Türkler'de "Göçmen olma" nın depresyon ve somatik semptomlar üzerine etkisi* [De invloeden van het migrant zijn van Turken in Duitsland op depressie en somatische symptomen]. *Kriz Dergisi*, 7, 25-29.
- Janca, A., Isaac, M., Bennett, L.A., & Tacchini, G. (1995). Somatoform disorders in different cultures-a mail questionnaire survey. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 30, 44-48.

- Janssen, I., Hanssen, M., Bak, M., Bijl, R.V., Vollebergh, W., McKenzie, K., & Os, J. van (2002). Psychose-epidemie bij immigranten. In welke mate speelt discriminatie een rol? In E. van Meekeren, A. Limburg-Okken, & R. May (Red.), *Culturen binnen psychiatriemuren. Geestelijke gezondheidszorg in een multiculturele samenleving* (pp. 280-289). Amsterdam: Boom.
- Jessurun, N. (1991). Werken met gezinnen II. In C. Pannekeet (Red.), *Riagg hulpverlening aan Turken en Marokkanen* (pp. 123-136). Meppel/Amsterdam: Boom.
- Jong, C.A.J. de, Brink, W. van den, & Jansma, A. (2000). *ICL-R: Handleiding bij de vernieuwde Nederlandse versie van de Interpersonal Checklist (ICL)*. Sint Oedenrode: Novadic.
- Jong, J.T.V.M. de (1991). Vreemde gezinnen? Systeemtherapie met Marokkaanse, Turkse en Surinaamse migranten. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 46, 924-937.
- Jong, J.T.V.M. de (1992). Het universalisme-debat aan de hand van twee cultuurgebonden syndromen. Naar een nieuw paradigma in de vergelijkende psychiatrie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 34, 685-689.
- Jong, J.T.V.M. de (1996a). Psychodiagnostiek met behulp van DSM of ICD: Classificeren of nuanceren? In J. de Jong & M. van den Berg (Red.), *Transculturele psychiatrie en psychotherapie. Handboek voor hulpverlening en beleid* (pp. 147-161). Lisse: Swets & Zeitlinger Publishers.
- Jong, J.T.V.M. de (1996b). Psychodiagnostiek bij allochtonen: Vragen om moeilijkheden? *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 51, 483-496.
- Jong, J.T.V.M. de (1996c). *Epidemiologie, hulpzoekgedrag en zorgconsumptie*. In J. de Jong & M. van den Berg (Red.), *Transculturele psychiatrie en psychotherapie. Handboek voor hulpverlening en beleid* (pp. 61-68). Lisse: Swets & Zeitlinger Publishers.
- Jongedijk, R. (2001). Psychiatrische diagnostiek en het DSM-systeem. Een kritisch overzicht. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 45, 309-320.
- Kabela, M., & Tuin, J. van (1987). *Rondom psychosomatiek. De mens is meer dan zijn ziekte*. Alphen aan den Rijn: Samsom.
- Kamperman, A.M. (2005). *Deconstructing ethnic differences in mental health of Surinamese, Moroccan and Turkish migrants in the Netherlands*. Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam, Faculteit der Geneeskunde.
- Kamperman, A.M., Komproe, I.H., & Jong, J.T.V.M. de (2005). Psychische gezondheidstoestand van migranten: Discrepantie tussen psychiatrische stoornissen en ervaren klachten en beperkingen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 47, 761-769.
- Kempen, H. (1993). Opzoek naar universele zelfaspecten. Pleidooi voor een wending naar het lichaam in de sociale wetenschappen. In F.A.M. Kortmann, H.J.G. Kempen, & H. Procee (Red.), *Westerse normen in de geestelijke gezondheidszorg* (pp. 31-56). Baarn: Ambo.

- Kemper, F. (1998). Gezocht: Marokkanen. Methodologische problemen bij het werven en interviewen van allochtone respondenten. *Migrantenstudies*, 1, 13-27.
- Kılıç, C., Rezaki, M. T., Üstün, B., & Gater, R.A. (1994). Pathways to psychiatric care in Ankara. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 29, 131-136.
- Kılıç, M. (1989). Belirti tarama listesi (SCL-90-R)'nin Geçerliliği ve Güvenirliliği [De validiteit en betrouwbaarheid van de Symptom Checklist, SCL-90]. *Psikolojik Danışma ve rehberlik dergisi*, 1, 45-52.
- Kim, Y. Y. (2001). *Becoming intercultural. An integrative theory of communication and cross-cultural adaptation*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Kirmayer, L.J. (1984). Culture, affect and somatization. *Transcultural Psychiatric Research Review, Part I en II*, 21, 159-199 & 237-262.
- Knipscheer, J.W., & Kleber, R.J. (1994). Geestelijke gezondheidszorg in een multiculturele huisartsenpraktijk. Gezondheidsklachten, verwijzingen en knelpunten. *Gedrag & Gezondheid*, 22, 248-254.
- Knipscheer, J.W., & Kleber, R.J. (1998). Migranten, psychische (on)gezondheid en hulpverlening. *De Psycholoog*, 33, 151-157.
- Knipscheer, J.W., May, R., Schouten, E., & Kleber, R. J. (2005b). Intercultureel werken in de GGZ, hoe werkt dat bij kortdurende behandeling? *Cultuur, Migratie, Gezondheid*, 2, 2-12.
- Kortmann, F. (1989). Psychiatrische ziekten: Universeel of cultuurgebonden? Een spanningsveld in de transculturele psychiatrie. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 44, 16-30.
- Kortmann, F. (2006). *Transculturele psychiatrie, van praktijk naar theorie*. Assen: Van Gorcum.
- Kouratovsky, V. (2002). *Wat is er aan de hand met Jamila? Transculturele diagnostiek in de Jeugdzorg*. Utrecht: Forum, Instituut voor Multiculturele Ontwikkeling.
- Krause, I.B., & Miller, A.C. (1995). Culture and family therapy. In S. Fernando (Red.), *Mental health in a multi-ethnic society. A multi-disciplinary handbook* (pp. 78-84). London: Routledge.
- Kretschmer, E. (1927). *Physique and character: An investigation of the nature of constitution and of the theory of temperament*. New York, NY: Harcourt, Brace.
- Kroeber, A.L., & Kluckhohn, C. (1963). *Culture: A critical review of concepts and definitions*. New York, NY: Random House.
- Kunst, A.E., Meerding, W.J., Varenik, N., Polder, J.J., & Mackenbach, J.P. (2004). *Sociale verschillen in zorggebruik en zorgkosten in Nederland 2003. Zorg voor euro's-5. Een verkenning van verschillen naar sociaal-economische positie, samelevingsvormen en land van herkomst*. Rotterdam/ Bilthoven: Erasmus MC- Rotterdam en RIVM-Bilthoven.



- Kwon, P. (1995). Application of social cognition principles to treatment recommendations for ethnic minority clients: The case of Asian Americans. *Clinical Psychology Review*, 15, 613-629.
- Lee, Y.T., McCauley, C.R., & Draguns, J.G. (1999). Why study personality in culture? In Y.T. Lee, C.R. McCauley, & J.G. Draguns (Red.), *Personality and person perception across cultures* (pp. 3-22). Mahwah, CA: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Leest, P. van (1997). *Persoonlijkheidsmeting bij allochtonen. De gebruikswaarde van persoonlijkheidsvragenlijsten bij selectie van allochtonen*. Lisse: Swets & Zeitlinger Publishers.
- Leest, P. van (2000). Het meten van persoonlijkheid bij mensen uit andere culturen. In J. van den Bogaard & M. Can (Red.), *Over de grens, psychische hulpverlening aan allochtonen* (pp. 91-95). Tilburg: Dutch University Press.
- Leest, P. van (2001). Persoonlijkheidsmeting bij allochtone volwassenen. In N. Bleichrodt & F. van de Vijver (Red.), *Diagnostiek bij allochtonen. Mogelijkheden en beperkingen van psychologische tests* (pp. 143-156). Lisse: Swets & Zeitlinger Publishers.
- Leeuw, E.B. de, & Plevier, C.M. (2000). *Welzijn in Midden Brabant. Een kwantitatief onderzoek naar de geestelijke volksgezondheid*. Tilburg: GGD Midden- Brabant.
- Limburg-Okken, A. (1989). *Migranten in de psychiatrie*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Lindsay, W.R., Rzepecka, H., & Law, L. (2007). An exploratory study into the use of the five factors model of personality with individuals with intellectual disabilities. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 14, 428-437.
- Linszen, D.H. (2006). Schizofrenie, DNA en ethniciteit. In M. Can & A. Snijdewind (Red.), *Culturen zonder muren IV. Thema: Nieuwe initiatieven in de transculturele hulpverlening* (pp. 111-116). Badhoevedorp: Mension.
- Luteijn, F., & Kok, A.P. (1985). *Herziene handleiding NVM*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Mackenbach, J.P. (1996). Migranten, migratie en volksgezondheid. In H.B. Haveman & H.P. Uniken Venema (Red.), *Migranten en gezondheidszorg. Reeks gezondheidsbeleid* (Deel 10, pp. 30-42). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Maffei, C., Fossati, A., Agostoni, I., Barraco, A., Bagnato, M., Deborah, D., Namia, C., Novella, L., & Petrachi, M. (1997). Interrater reliability and internal consistency of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II), Version 2.0. *Journal of Personality Disorders*, 11, 279-284.
- Mak, G., & Schrameijer, F. (1983). *Migranten en de geestelijke gezondheidszorg*. Een literatuurstudie. Utrecht: Nederlands Centrum Geestelijke Volksgezondheid.
- Martens, E.P. (1999). *Minderheden in beeld*. SPVA-98. Rotterdam: ISEO.
- Masthoff, E.D.M., Trompenaars, F.J., Heck, G.L. van, Hodiamont, P.P.G., & Vries, J. de (2007). The relationship between dimensional personality models and quality of life in psychiatric outpatients. *Psychiatry Research*, 149, 81-88.



- Matsumoto, D. (2000). *Culture and psychology, People around the world* (2<sup>th</sup> ed.). Belmont, CA: Wadsworth.
- Meekeren, E. van (2002). Persoonlijkheidsstoornissen in transcultureel perspectief. In E. van Meekeren, A. Limburg-Okken, & R. May (Red.), *Culturen binnen psychiatrie-muren. Geestelijke gezondheidszorg in een multiculturele samenleving* (pp. 79-84). Amsterdam: Boom.
- Meer, Ph. van der (1986). Ziektebeleving, ziektegedrag en psychosomatische klachten. In Ph. van der Meer (Red.), *Psychische problemen bij migranten* (pp. 40-46). Utrecht: Nederlands Centrum Buitenlanders.
- Mens-Verhulst, J. van, & Bekker, M. (2005). Gezondheidspsychologie in een pluriforme samenleving. In J. Knipscheer en R. Kleber (Red.), *Psychologie en de multiculturele samenleving* (pp. 118-138). Den Haag: Boom.
- Meurs, P. (1994). Cultuur als drager en zingevoer in interculturele psychotherapie. Een Algerijnse familie in België. *Medische Antropologie*, 6, 224-241.
- Meurs, P. (1998). Verlangen naar verwevenheid met cultuur van herkomst. De psychodynamiek van migratie in verschillende gedaanten. In P. Meurs & A. Gailly (Red.), *Wortelen in andere aarde. Migrantengezinnen en hulpverleners ontmoeten cultuurverschil* (pp. 93-120). Leuven/Amersfoort: Acco.
- Meurs, P., & Cluckers, G. (1998). Herstel van 'verwevenheid' met cultuur van herkomst. Migrantengezinnen op zoek naar 'herworteling'. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek, Kinderpsychiatrie en Klinische Kinderpsychologie*, 23, 3-19.
- Mikton, C., & Grounds, A. (2007). Cross-cultural clinical judgment bias in personality disorder diagnosis by forensic psychiatrists in the UK: A case-vignette study. *Journal of Personality Disorders*, 21, 400-417.
- Minnen, M. van (2007). Interculturele psychodiagnostiek. Testdiagnostiek in een forensische setting. *Cultuur, Migratie, Gezondheid*, 4, 218-227.
- Moffaert, M.M.M.P. van (1998). Somatization patterns in mediterranean migrants. In S. O. Okpaku (Red.), *Clinical methods in transcultural psychiatry* (pp. 301-320). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Moussaoui, D. (1986). Depressie bij migranten. Aanwijzingen van een veranderende tendens in de Mahgrebijmse psychiatrie. In Ph. van der Meer (Red.), *Psychische problemen bij migranten* (pp.18-20). Utrecht: Nederlands Centrum Buitenlanders.
- Muijen, A. (2000). Migratie, ziek van verlangen. *Psy*, 8, 31-33.
- Multidisciplinaire Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen (2008). *Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van volwassen patiënten met een persoonlijkheidsstoornis* (2<sup>e</sup> druk). Utrecht: Trimbos Instituut.
- Nelson, C.B., Üstün, B., Grant, B., & Chatterji, S. (1999). Factor structures for DSM-IV substance disorder criteria endorsed by alcohol, cannabis, cocaine and opiate users: Results from the WHO reliability and validity study. *Addiction*, 94, 843-855.

- Nichter, M. (1981). Idioms of distress. Alternatives in the expression of psychosocial distress: A case study from India. *Culture, medicine, and psychiatry*, 5, 379-408.
- Nicolai, N. (1991). Vrouwen en psychiatrische diagnostiek, een kritische beschouwing over de DSM-III. In W. Jansen & C. Brinkgreve (Red.), *Waanzin en vrouwen* (pp. 57-74). Amsterdam: Swets & Zeitlinger.
- Nijenhuis, J. te, & Flier, H. van der (1999). Bias research in the Netherlands: Review and implications. *European Journal of Psychological Assessment*, 15, 165-175.
- Ormel, J., Neeleman J., & Wiersma, D. (2000). *Determinanten van psychische (on)gezondheid: Determinanten en de effecten van preventieve interventies*. RIVM-rapport nr. 270555001. Bilthoven: RIVM.
- Ormel, J., Neeleman J., & Wiersma, D. (2001). Determinanten van psychische ongezondheid: Implicaties voor onderzoek en beleid. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 43, 245-257.
- Öner, N. (1997). *Türkiye’de kullanılan Psikolojik testler* (3. basım) [De psychologische vragenlijsten in Turkije]. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Matbaası.
- Parham, T.A., & Helms, J.E. (1987). The influence of Black students’ racial identity attitudes on preferences for counselor’s race. *Journal of Counseling Psychology*, 28, 250-257.
- Paris, J. (1998). Personality disorders in sociocultural perspective. *Journal of Personality Disorders*, 12, 289-301.
- Pervin, L.A. (1989). *Personality, theory and research* (5<sup>th</sup> Ed.). New York, NY: John Wiley & Sons, Inc.
- Pervin, L.A. (1999). The cross-cultural challenge to personality. In Y.T. Lee, C.R. McCauley, & J.G. Draguns (Red.), *Personality and person perception across cultures* (pp. 23-42). New Jersey/London: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Pfohl, B., Blum, N., & Zimmerman, M. (1995). *The Structured Interview for DSM-IV Personality Disorders (SIDP-IV)*. Iowa City, IA: University of Iowa College of Medicine.
- Phalet, K., & Verkuyten, M. (2001). Acculturatiemetingen. In N. Bleichrodt & F. van de Vijver (Red.), *Diagnostiek bij allochtonen. Mogelijkheden en beperkingen van psychologische tests* (pp. 177-198). Lisse: Swets & Zeitlinger Publishers.
- Poort, E.C., Spijker, J., Dijkshoorn H., & Verhoeff, A.P. (2001). *Turkse en Marokkaanse ouderen in Amsterdam 1999-2000. Gezondheid, zelfredzaamheid en zorggebruik*. GGGD-EDG-reeks 2001-4. Amsterdam: GG & GD.
- Pos, G.J. (2002). Gezin zonder grenzen. Politiek & Binnenland. *Elsevier*, 25 mei.
- Praag, H. van (1999). Een nieuwe heilige koe van de psychiatrie. *Directieve Therapie*, 19, 85-93.
- Procee, H. (1994). *Over de grenzen van culturen. Voorbij universalisme en relativisme* (3<sup>de</sup> druk). Amsterdam: Boom.
- Reysoo, F. (2000). Over hier en daar, over migratie en heimwee. *Systeemtheoretisch Bulletin. Tijdschrift voor Systeemtheoretische Praktijk*, 18, 265-278.

- Richters, A. (1988). Psychiatrische classificering en geestelijke gezondheid: Een feministische-antropologische kritiek. In J. Rolies (Red.), *De gezonde burger* (pp. 141-174). Nijmegen: SUN.
- Richters, A. (1994). Psychiatrische classificering en geestelijke gezondheid. Een feministisch-antropologische kritiek. Symposium Seksespecifieke hulpverlening aan vrouwen in de psychiatrie. 30 september. Vogelenzang.
- Richters, A. (1995). Posttraumatische stress-stoornis, een feministisch-antropologisch onderzoek. In J. Baars & D. Kal (Red.), *Het uitzicht van Sisyphus. Maatschappelijke contexten van geestelijke (on)gezondheid* (pp. 175-199). Groningen: Wolters- Noordhoff.
- Richters, A. (1996a). Medische en psychiatrische antropologie: Een terreinverkenning. In J. de Jong & M. van den Berg (Red.), *Transculturele psychiatrie en psychotherapie. Handboek voor hulpverlening en beleid* (pp. 71-85). Lisse: Swets & Zeitlinger Publishers.
- Richters, A. (1996b). De ezel, de koekoek en de nachtegaal. Vrouw, depressie en cultuur. In A. Limburg- Okken, R. May, & E. van Meekeren (Red.), *Culturen binnen psychiatriemuren*, (Deel IV; pp. 13-23). Oegstgeest: APZ Endegeest.
- Richters, A. (1997). Somatisatie als westers-medisch construct tegenover 'somatisatie' als fundamentele zijnswijze in de wereld. In A. Limburg- Okken, R. May, & E. van Meekeren (Red.), *Culturen binnen psychiatriemuren*, (Deel V; pp. 87-96). Oegstgeest: APZ Endegeest.
- Richters, A. (2001). Culturele diversiteit in hulpverlening en onderzoek. Kan wat moet, moet wat kan? *Tijdschrift voor Humanistiek*, 2, 18-25.
- RIVM (2006). Kwetsbare groepen. In: *Dwarse thema's- Gezondheidsachterstanden VTV-2006*. Bilthoven: RIVM.
- Rijnders, C.A. Th. (2008). *Case counting considered. Psychiatric epidemiology and clinical judgement*. Akademisch proefschrift. Tilburg: Universiteit van Tilburg.
- Rijnders, C.A. Th., Berg, J.F.M. van den, Hodiamont, P.P.G., Nienhuis, F.J., Furer, J.W., Mulder, J., & Giel, R. (2000). Psychometric properties of the Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN-2.1). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35, 348-352.
- Ryder, A.G., Costa P.T., & Bagby, R.M. (2007). Evaluation of the SCID-II personality disorder trait for DSM-IV: Coherence, discrimination, relations with general personality traits, and functional impairment. *Journal of Personality Disorders*, 21, 626-637.
- Sanne, G.H., Swinnen A., & Selten, J.P. (2007). Mood disorders and migration, Meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 190, 6-10.

- Sayıl, I. (1977). *Hollanda'da ki Türk işçilerinin Psikiyatrik ve sosyal sorunları. (İç- göç olguları ile karşılaştırmalı bir araştırma)* [De Psychiatrische en sociale problemen van Turkse arbeiders in Nederland- Een vergelijkend onderzoek met de binnenlandse migranten]. Ankara: SSK Genel Müdürlüğü yayınları no: 278.
- Schacht, R., & Rouckhout, D. (2005). Diagnostiek van het interpersoonlijk functioneren: Circumplexposities, hechtingsstijlen en interpersoonlijke transacties. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 31, 377-394.
- Schippers, J. (2001). De behandeling van seksuele klachten bij een groep Turkse en Marokkaanse mannen. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 25, 59-65.
- Schotte, C., & Doncker, D. de (1994). *ADP-IV Vragenlijst*. Edegem: Universitair Ziekenhuis Antwerpen.
- Schrier, A.C., Theunissen, J.R., Kempe, P.T., & Beekman, A.T.F. (2005). Migranten in de ambulante GGZ maken een inhaalslaag. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 47, 771- 777.
- Schnabel, P. (2000). Morgen bloeien de abrikozen. In J. van den Bogaard & M. Can (Red.), *Over de grens. Psychische hulpverlening aan allochtonen* (pp. 17-29). Tilburg: Dutch University Press.
- Sciarra, D.T. (1999). *Multiculturalism in counseling*. Itasca, IL: F.E. Peacock Publishers.
- Scroggs, J.R. (1997). *Persoon en persoonlijkheid. Sleutelideeën uit persoonlijkheidstheorieën. Deel 1*. Rotterdam: Ad Donker.
- Selten, J.P. (2005). Hypothese: Langdurige vernedering is risicofactor voor schizofrenie. State-of-the-art. Epidemiologie van schizofrenie bij migranten in Nederland. In H. Rohlof, R. Schwarz, & A. Snijdwind (Red.), *Culturen zonder muren. Thema 2005: Schizofrenie anders bekeken* (pp. 38-56). Badhoevedorp: Mensio.
- Selten, J.P., & Cantor-Graae, E., (2005). Schizofrenie en migratie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 47, 733-742.
- Selten, J.P., & Sijben, A.E.S. (1994). Verontrustende opnamecijfers voor schizofrenie bij migranten uit Suriname, de Nederlandse Antillen en Marokko. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 138, 345-350.
- Sheldon, W.H. (1942). *The varieties of temperament. A psychology of constitutional differences*. New York, NY: Harper & Brothers.
- Silveira, E.R.T., & Ebrahim, S. (1998). Social determinants of psychiatric morbidity and well-being in immigrant elders and whites in East London. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 13, 801-812.
- Six, M.J.A., Örüçü, H.Z., & Botros, A. (1981). Migranten en de geestelijke gezondheidszorg. Een literatuurstudie. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 7/8, 645-655.
- Smith, P.B., Bond, M. H., & Kağıtçıbaşı, C. (2006). *Understanding social psychology across cultures. Living and working in a changing world*. London: Sage Publications.

- Soeteman, D.I., Verheul, R., & Busschbach, J.J.V. (2008). Een prijzige stoornis. *Medisch Contact*, 63, 160-162.
- Somer, O. (1998). Türkçe'de Kişilik Özelliği Tanımlayan Sıfatların Yapısı ve Beş Faktör Modeli [The structure of trait descriptive adjectives in Turkish language and the five-factor model]. *Türk Psikoloji Dergisi*, 13, 17-36.
- Spitzer, R.L., Williams, J.B.W., Gibbon, M., & First, M.B. (1990). *Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders (SCID-II)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Sprey, A. (2002). *Praktijkboek persoonlijkheidsstoornissen. Diagnostiek, cognitieve gedragstherapie en therapeutische relatie*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu.
- Sprock, A.P.I. (2000). Heimwee. *Verslag symposium Culturen binnen psychiatrie-muren, deel VIII*. Oestgeest: Rijngeest Groep.
- SPSS version 12.0. (2004). Chicago, IL: SPSS Inc.
- Steenbrink, A., & Repriels, F. (1987). *Migranten en gezondheidszorg in Noord-Brabant*. Tilburg: PON.
- Sterman, D. (1996). *Een olijfboom op de ijsberg. Een transcultureel-psychiatrische visie op en behandeling van de problemen van jonge Noord-Afrikanen en hun families*. Utrecht: Nederlands Centrum Buitenlanders.
- Sterman, D. (1999). Toen grootmoeders klok in vreemde handen viel. In A. van Waning (Red.), *Multiculturele samenleving en psychoanalyse* (pp. 45-52). Assen: Van Gorcum.
- Stronks, K., Uniken Venema, P., Dahhan, N., & Gunning-Schepers, L.J. (1999). Allochtoon, dus ongezond? Mogelijke verklaringen voor de samenhang tussen etniciteit en gezondheid geïntegreerd in een conceptueel model. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 77, 33-40.
- Suárez-Orozco, M., & Suárez-Orozco, C. (1995). Migration: Generational discontinuities and the making of Latino identities. In L. Romanucci-Ross & G. de Vos (Red.), *Ethnic identity. Creation, conflict and accommodation* (pp. 321-347). (3<sup>th</sup> ed.). Walnut Creek, CA: AltaMira Press.
- Suzuki, P.T. (1981). Psychological problems of Turkish migrants in West Germany. *American Journal of Psychotherapy*, 2, 187-194.
- Thomaes, K. (1994). *Turkse vrouwen aan het woord. Een onderzoek naar ziekteverklaringen en hulpzoekgedrag met betrekking tot geestelijke gezondheidsproblemen bij Turkse vrouwen in Maastricht*. Maastricht: Riagg Maastricht.
- Thung, F.H. (2000). Geestmodellen en modelgeesten. Verklarende modellen in de transculturele psychiatrie. *Maanblad Geestelijke Volksgezondheid*, 55, 528-539.
- Tjin A Djie, K., & Zwaan, I. (2007). *Beschermjassen, transculturele hulp aan families*. Assen: Van Gorcum.

- Trinidad, R.B., Kamperman, A.M., & Jong, J.T.V.M. de (2005). Verklaringsmodellen in de GGZ: Kenmerken van migranten en Nederlandse cliënten die volharden in een niet- psychologische betekenisgeving van hun klachten. *Gedrag & Gezondheid*, 32, 57-71.
- Tromp, J., & Linden- Osinga, M. van der (1996). Systeemtherapie en transculturele hulpverlening. In J. de Jong & M. van den Berg (Red.), *Transculturele psychiatrie en psychotherapie. Handboek voor hulpverlening en beleid* (pp. 225-236). Lisse: Swets & Zeitlinger Publishers.
- Uluğ, B., Sağduyu, A., Göğüş, A., Kılıç, C., Özgen, G., Uluşahin, A., Rezaki, B.G., & Terbaş, Ö. (1999). Alkol ve madde kullanım bozukluklarında farklı sistemlere göre belirlenen tanı ve tanı ölçütlerinin güvenilirliği ve uyumu [De betrouwbaarheid en adaptatie van diagnostische instrumenten met betrekking tot alcohol en andere verslavende middelen]. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 10, 180-189.
- Uluşahin, A., Başoğlu, M., & Paykel, E.S. (1994). A cross-cultural comparative study of depressive symptoms in British and Turkish clinical samples. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 29, 31-39.
- Veel Turkse huwelijken met familie. (2008, 12 maart). *Brabants Dagblad*, p. 5.
- Veen, N.D. (2002). Verhoogde kans op schizofrenie bij migranten. Resultaten van een incidentiestudie in Den Haag. In E. van Meekeren, A. Limburg-Okken, & R. May (Red.), *Culturen binnen psychiatrie-muren. Geestelijke gezondheidszorg in een multiculturele samenleving* (pp. 272-280). Amsterdam: Boom.
- Veling, W., Susser, E., Os, J. van, Mackenbach, J.P., Selten J.P., & Hoek, H.W. (2008). Ethnic density of neighborhoods and incidence of psychotic disorders among immigrants. *American Journal of Psychiatry*, 165, 66-73.
- Vertevogel, P. (2010). Begrippen uit de sociaal-culturele wetenschappen. In J. de Jong & S. Colijn (Red.), *Handboek Culturele psychiatrie en psychotherapie* (pp. 109- 117). Utrecht: De Tijdstroom.
- Verboom, R. (2002). Psychodiagnostisch testonderzoek bij migranten. In A. van Meekeren, A. Limburg-Okken, & R. May (Red.), *Culturen binnen psychiatrie-muren. Geestelijke gezondheidszorg in een multiculturele samenleving* (pp. 94-105). Amsterdam: Boom.
- Verdonk, A. (1977). Migratie en psychische stoornis. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 6, 406- 419.
- Verkuyten, M. (1999). *Etnische identiteit. Theoretische en empirische benaderingen*. Amsterdam: Het Spinhuis.
- Vianu, D. (2002). *Transculturele aspecten van depressie bij migranten*. Module in het behandelprogramma 'Migranten met depressie'. Amsterdam: Deeltijdbehandeling GGZ-De Meren.

- Vijver, F. van de (2005). Diagnostiek en testgebruik met allochtonen. In J. Knipscheer en R. Kleber (Red.), *Psychologie en de multiculturele samenleving* (pp. 156-175). Den Haag: Boom Onderwijs.
- Vijver, F.J.R. van de, & Hemert, D.A. van (2008). Cross-cultural personality assessment. In G.J. Boyle, G. Matthews, & D.H. Saklofske (Red.), *The Sage handboek of personality theory and assessment (Vol. 2): Personality measurement and testing* (pp. 55-72). London: Sage.
- Vliet, T. van (2001). *Homesickness: Antecedents, consequences and mediating processes*. Academisch proefschrift. Wageningen: Ponsen & Looijen.
- Volkers, A., Bus A., & Uiters, E. (2007). Zorggebruik in de huisartsenpraktijk. In R.P.W. Jennissen & J. Oudhof (Red.), *Ontwikkelingen in de maatschappelijke participatie van allochtonen* (pp. 115-145). Meppel: CBS & Boom Juridische Uitgevers.
- Vollebergh, W., Graaf, R. de, Have, M. ten, Schoemaker, C., Dorsselaer, S. van, Spijker, J., & Beekman, A. (2003). *Psychische stoornissen in Nederland. Overzicht van de resultaten van NEMESIS*. Utrecht: Trimbos Instituut.
- Vos, G.A. de (1995). Ethnic pluralisme: Conflict and accommodation. The role of ethnicity in social history. In L. Romanucci-Ross & G. de Vos (Red.), *Ethnic identity. Creation, conflict, and accommodation* (pp. 15-47). (3<sup>th</sup> ed.). Walnut Creek, CA: AltaMira Press.
- Vos, J. (2005). *Migratie als grenssituatie: 'Niet-meer en nog-niet'. Wijsgerig-fenomenologisch onderzoek naar het migrant-zijn, in het voetspoor van M. Heidegger, W. Dilthey en K. Jaspers*. Scriptie voor de studie Wijsbegeerte van de Sociale Wetenschappen. Leiden: Universiteit Leiden.
- Wamel, A. van, Takkenkamp, J., Meeuwissen, J., Voordouw, I., & Verburg, H. (2005). *Landelijk Basisprogramma Depressie. Leidraad voor regionale zorgprogrammering*. Utrecht: Trimbos Instituut.
- Waning, A. van (1999). Over cultuur en zelfbeleving. In A. van Waning (Red.), *Multiculturele samenleving en psychoanalyse* (pp. 17-25). Assen: Van Gorcum.
- Weertman, A., Arntz, A., Dreessen, L., Velzen, C. van, & Vertommen, S. (2003). Short-interval test-retest interrater reliability of the Dutch version of the Structured Clinical interview for DSM-IV personality disorders (SCID-II). *Journal of Personality Disorders*, 17, 562-567.
- Weertman, A., Arntz, A., & Kerkhofs, M.L.M. (2000). *Gestructureerd klinisch interview voor DSM-IV As-II persoonlijkheidsstoornissen*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Werf, S. van der (1998). *Allochtonen. Een inleiding in de multiculturele samenleving*. Bussum: Coutinho.



- Westerborg, M. (1999). Het beste van twee werelden- het onvermogen tot rouwen door ambivalentieconflicten. In A. van Waning (Red.), *Multiculturele samenleving en psychoanalyse* (pp. 37-61). Assen: Van Gorcum.
- WHOQOL Group (1995). The World Health Organisation Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organisation. *Social Science and Medicine*, 41, 1569-1585.
- World Health Organization (Red.) (1995). *International Personality Disorder Examination (IPDE). DSM-IV module*. Geneve: WHO. Nederlandse bewerking: I.J. Duijsens, E.H.M. Eurlings- Bontekoe, & R.F.M. Diekstra.
- Wijngaarden, B. van, Wennink, H.J., & Kok, I. (2003). *Klinische uitkomst-indicatoren in de GGZ en verslavingszorg. In Nederland verkrijgbare instrumenten getoetst op betrouwbaarheid, validiteit en toepasbaarheid*. Utrecht: Trimbos Instituut.
- Wing, J. K., Babor, T., Brugha, T., Burke, J., Cooper, J.E., Giel, R., Jablenski, A., Regier, D., & Sartorius, N. (1990). SCAN. Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry. *Archives of General Psychiatry*, 47, 589 –593.
- Wing, J.K., Sartorius, N., & Üstün, T.B. (1998). *Diagnoses and measurement in psychiatry. A reference manual for SCAN*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Wit, M.A.S. de (2006). Psychische klachten. In D.G. Uitenbroek, J.K. Ujcic-Voortman, A.P. Janssen, P.J. Tichelman, & A.P. Verhoeff (Red.), *Gezond zijn en gezond leven in Amsterdam. Amsterdamse Gezondheidsmonitor* (pp. 106-112). Amsterdam: GGD Amsterdam.
- Wit, M.A.S. de, Tuinebreijer, W.C., Beelman, A.T.F., Dekker, J., Gorissen, W.H.M., Penninx, B.W., Komproe, I.H., Mesu P.S., & Verhoeff, A.P. (2006). *Stemming- en angststoornissen in Amsterdam: Verschillen in vóórkomen en zorggebruik naar etniciteit*. Amsterdam: Amsterdamse Gezondheidsmonitor.
- Wit, M.A.S. de, Tuinebreijer, W.C., Dekker, J., Beekman, A.T.F., Gorissen, W.H.M., Schrier, A.C., Penninx, B.W.J.H., Kamproe, I.H., & Verhoeff A.P. (2008). Depressive and anxiety disorders in different ethnic groups. A population based study among native Dutch, and Turkish, Moroccan and Surinamese migrants in Amsterdam. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43, 905-912.
- Wurff, F.B. van der, Beekman, A.T.F., Dijkshoorn, H., Spijker, J.A., Smits, C.H.M., Stek M.L., & Verhoeff, A. (2004). Prevalence and risk-factors for depression in elderly Turkish and Moroccan migrants in the Netherlands. *Journal of Affective Disorders*, 83, 33-41.
- Yerden, I. (2001). *Ik bepaal mijn eigen lot. Turkse meisjes in conflictsituaties*. Amsterdam: Het Spinhuis.
- Young, J.E., & Brown, G. (1990). *Young Schema Questionnaire*. (2<sup>nd</sup> ed.). New York, NY: Cognitive Therapy Center of New York.



- Zelenko, M., & Shaw, R. (2001). Selectief mutisme bij een allochtoon kind: Een casuïstische beschrijving. *Gezinstherapie*, 12, 125-136.
- Zevalkink, J., & Berghout, C. (2005). *Eerste onderzoek naar de psychometrische kwaliteit van de Nederlandse versie van de Inventory of Interpersonal Problems: Vergelijking NPI steekproeven IIP-C (versie 1988) en IIP-C (versie 2000)*. Amsterdam: Nederlands Psychoanalytisch Instituut (NPI).
- Zung, W.W.K. (1965). A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry*, 12, 63-70.
- Zwingmann, C. A. A. (1959). *"Heimweh" or "nostalgic reaction": A conceptual analysis and interpretation of a medico-psychological phenomenon*. Ann Arbor, MI: University Microfilm.

# 6

## Kwaliteit van Leven bij Turken in Nederland

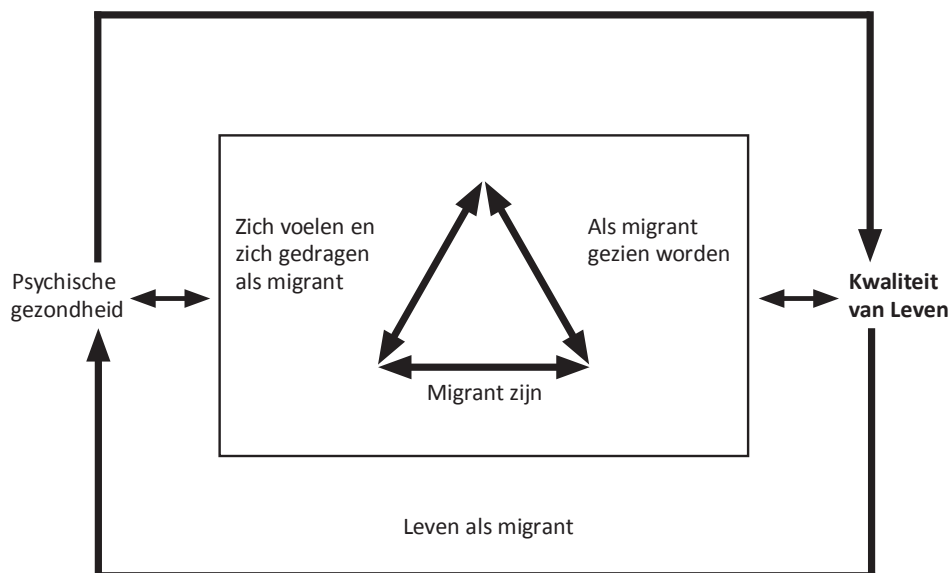




## 6.1 Inleiding

Het begrip 'Kwaliteit van Leven' is al oud. Volgens de literatuur gaat het denken daarover terug tot Aristoteles, die voor het eerst Kwaliteit van Leven opvatte in termen van 'het goede leven' (Van Campen, 2006). Gezien het feit dat 'kwaliteit' een subjectief en contextgebonden concept is (De Jong & Van Ommeren, 2005), is het te verwachten dat er verschillende definities van Kwaliteit van Leven in de literatuur te vinden zijn (Angermeyer & Killian, 1997; Bullinger, Anderson, Cella, & Aaronson, 1993; Essink-Bot & De Haes, 1996; Van Heck, 2008; Hoeymans, Picavet, & Tijhuis, 2007; Joyce, 1990; Kirshner & Guyatt, 1985; Schipper, Clinch, & Powell, 1990; Testa, 1987; Walker & Rosser, 1988). Verder wordt Kwaliteit van Leven als een kapstok of containerbegrip gebruikt voor verschillende onderwerpen, zoals subjectieve gezondheid, waargenomen gezondheidstoestand, fysiologische symptomen, functionele (on)mogelijkheden, sociale activiteiten, psychologische problemen en dergelijke (Van Heck, 2008).

Gezien de onderwerpen die het begrip 'Kwaliteit van Leven' bestrijkt en de onderlinge wisselwerking tussen deze onderdelen, is het vanzelfsprekend dat er een relatie bestaat tussen Kwaliteit van Leven enerzijds en psychische gezondheid en leven als migrant en de beleving daarvan anderzijds. De relatie tussen Kwaliteit van Leven en psychische gezondheid is ook empirisch onderzocht (Angermeyer, Holzinger, Matschinger, & Stengler-Wenzke, 2002; Bobes & González, 1997; Costa & McCrea, 1980; Eklund, Hansson, & Bengtsson-Tops, 2004; Fassino, Abbate Daga, Delsedime, Rognà, & Boggio, 2004; Katschnig & Angermeyer, 1997;



*Figuur 6.1. Veronderstelde Samenhang tussen de Context van het Leven als Migrant, Kwaliteit van Leven en Psychische Gezondheid.*

Lang et al., 2002; Masthoff & Trompenaars, 2006; Mercier, Péladeau, & Tempier, 1998; Schneier, 1997; Simon, 2003). Er is veel minder bekend over de relatie tussen Kwaliteit van Leven en het leven als migrant (inclusief de drie basiscomponenten daarvan, het migrant zijn, als migrant gezien/ benaderd worden en zich migrant voelen en zich als zodanig gedragen, welke in Figuur 6.1 zijn weergegeven), zowel in Nederland (Locadia & Sprangers, 2006) als op het internationaal niveau (Ekblad, Abazari, & Eriksson, 1999; Orley & Kuyken, 1994; De Vries & Van Heck, 1994). De relatieve schaarste aan gegevens op dit gebied was één van de aanleidingen voor dit proefschrift.

## 6.2 Definitie van Kwaliteit van Leven

De meest omvattende definitie van Kwaliteit van Leven weerspiegelt het functioneren van personen op fysiek, psychisch en sociaal gebied, evenals de subjectieve evaluatie daarvan (Hoeymans, Picavet, & Tijhuis, 2005; Krol, 1996; Spilker, 1990), in de zin van wat iemand van zijn/haar functioneren vindt (Roukema & De Vries, 2006). Kwaliteit van Leven gaat bijna altijd om de bevrediging van een breed scala aan individuele behoeften, primaire (bijvoorbeeld: voedsel, drank, seksualiteit, rust, veiligheid) en secundaire (bijvoorbeeld: de behoefte aan het meemaken van nieuwe dingen, aan zelfontplooiing, aan spel en sport, aan intimiteit) behoeften, maar ook het gevoel van welbevinden, de mate van tevredenheid met het leven en de waardering van het dagelijks functioneren (Tuynman-Qua, De Jonghe, McKenna, & Hunt, 1992). De betekenissen die hieraan ontleend worden, variëren per discipline, per sector en per uitgangspunt: van 'geluk' tot 'levenstevredenheid' (Van Campen, 2006).

In sociaalwetenschappelijk onderzoek wordt Kwaliteit van Leven vaak als synoniem gezien met tevredenheid over het leven als geheel of tevredenheid met bepaalde aspecten van het leven, zoals gezondheidstoestand, huisvesting of sociale contacten in het bijzonder (Deeg & Braam, 1997). Kwaliteit van het Leven omvat een aantal verschillende aspecten die Veenhoven (2000) heeft beschreven in termen van levenskansen, levensuitkomsten, alsmede externe en interne kwaliteiten: leefbaarheid, nut, levensbekwaamheid en satisfactie. Ook de benaderingswijze van Kwaliteit van Leven kan verschillend zijn: de psychologische benadering, de utiliteitbenadering met afwegingen met betrekking tot zowel kwantiteit (zoals lengte) als kwaliteit, bijvoorbeeld de invloed van ziekten en de reïntegratie in het normale leven (Van Elderen et al., 1994). Kortom: Kwaliteit van Leven kan als een dynamische entiteit (Kiebert, 1995) over zowel gezondheidsgerelateerde als niet-gezondheidsgerelateerde aspecten van het leven gaan (Berzon, 1998; Van Elderen et al., 1994).

Sinds 1994 wordt Kwaliteit van Leven door de Wereld Gezondheids Organisatie (WHO) als volgt gedefinieerd: "de perceptie van individuen van hun positie in het leven in de context van de eigen cultuur en waardesystemen, in relatie tot de eigen doelen, verwachtingen, standaarden en interesses. Het brede concept integreert op een complexe manier de lichamelijke gezondheid van een persoon, zijn/haar psychologische toestand, mate van

onafhankelijkheid, sociale relaties, persoonlijke overtuigingen evenals relaties met zijn/haar omgeving” (WHOQOL Group, 1994, p. 43). Vanwege haar omvattendheid en het accent op het beleavingsaspect sluiten we aan bij deze definitie.

## 6.3 De meting van Kwaliteit van Leven

Conform de verschillende definities en inhoudelijke aspecten zijn er ook verschillende meetinstrumenten om Kwaliteit van Leven in het algemeen en op onderdelen te meten, die bovendien betrekking kunnen hebben op verschillende terreinen van het dagelijkse leven. Hierbij valt te denken aan de medische kwaliteit van het leven, psychologisch welzijn en gezondheid, sociologisch welzijn, sociaaleconomische aspecten van de nationale ontwikkeling, et cetera (Veenhoven, 2000). In de literatuur wordt de volgende indeling van meetinstrumenten aangeboden: algemene/ generieke vragenlijsten en ziektespecifieke vragenlijsten. Hieronder volgt een overzicht daarvan.

### 6.3.1 Algemene vragenlijsten

Belangrijke instrumenten op het gebied van algemene/generieke vragenlijsten met betrekking tot Kwaliteit van Leven, zijn: de Nottingham Health Profile (NHP; Hunt, McKenna, McEwen, Williams, & Papp, 1981; Van Elderen et al., 1994), de Sickness Impact Profile (SIP; Bergner et al., 1976; Van Elderen et al., 1994; De Melker, Touw-Otten, Jacobs, & Luttik, 1990), de EuroQol- 6 Dimensies (EQ-6D; The EuroQol Group, 1990), de Medical Outcome Short Form Health Survey (MOS SF-36; Aaronson et al., 1992; Stewart, Hays, & Ware, 1988); de RAND-36 (Wolleswinkel-Van den Bosch, Hoeymans, & Treurniet, 2001; Van der Zee & Sanderman, 1993), de Short Form Health Survey (Ware, Kosinski, & Keller, 1998), de Disability-Adjusted Life-Year (DALY; Murray, 1996), Quality-Adjusted Life-Year (QALY; Loomes & McKenzie, 1989; Miyamoto & Eraker, 1985).

### 6.3.2 Ziektespecifieke vragenlijsten

Als belangrijke instrumenten op het gebied van ziektespecifieke vragenlijsten gelden: de EORTC Quality of Life Questionnaire (EORTCQLQ-C30) voor kankerpatiënten (Aaronson et al., 1993), een kwaliteit van leven vragenlijst voor CARA-patiënten (Maillé, Koning, Zwinderman, & Kaptein, 1994), de McGill Pain Questionnaire (Nederlandse versie MPQ-DLV; Vertommen, 1989), de Rotterdam Symptom Check List (RSCL; De Haes, Knippenberg, & Neijt, 1990); de Diabetes Control and Compliance Trial (DCCT; Jacobson, Barotsky, Cleary, & Rand, 1988), de Dartmouth COOP Functional Health Assessment Charts (COOP/WONCA- charts; Van Weel, 1993), de Medisch Psychologische Vragenlijst voor Hartpatiënten (MPVH; Erdman, 1982); de Vragenlijst Dagelijks Functioneren voor Reumapatiënten (VDF; Bijlsma, Oude Heuvel, & Zaalberg, 1990), de Lijst Invloed van Reuma

op Gezondheid en Leefwijze (IRGL; Huiskes, Kraaimaat, & Bijlsma, 1990) en het HIV Overview of Problems Evaluation System (HOPES; Schag, Ganz, & Kahn, 1992).

Naast deze vragenlijsten wordt regelmatig gebruik gemaakt van andere methoden, bijvoorbeeld om de waarderingen voor de gezondheidstoestand aan de hand van een 'Visueel Analoge Schaal' (VAS), de 'Standard Gamble' (die zich vooral op het risico-aspect richt, zoals in het geval van het voorleggen van een risicovolle behandeling) of de 'Time Trade-Off', die zich vooral op tijdsaspecten richt, zoals levensduur (Kiebert, 1995; Locadia & Sprangers, 2006).

## 6.4 Kwaliteit van Leven volgens de WHOQOL Groep

De Wereld Gezondheids Organisatie (WHO) heeft haar eigen instrument ontwikkeld voor het meten van Kwaliteit van Leven. Het gaat om de Quality of Life scale- WHOQOL, die we ook gebruikt hebben in het huidige onderzoek. In 1991 is de WHO gestart met dit project. De bedoeling was een internationaal bruikbaar, cross- cultureel vergelijkbaar, algemeen en multidimensioneel instrument te ontwikkelen voor het vaststellen van de Kwaliteit van Leven (WHOQOL Group, 1994; 1995; 1997). Het crossculturele gebruik van de vragenlijsten van Kwaliteit van Leven stuit echter op een aantal problemen (Ekblad et al., 1999; Hunt, 1998; Walsh & Shapiro, 1983) zoals: taal- en vertaalproblemen, problemen met betrekking tot de uiting en formulering van emoties en andere subjectieve bevindingen, psychische toestanden, inter-, intra- en sub- culturele verschillen, separate of holistische benadering van het lichaam -geest aspect, sociaaleconomische en sociaal- culturele verschillen binnen een cultuur en andere methodologische problemen.

Toepassing van deze vragenlijsten vergt dus de nodige aanpassingen. Daarmee is rekening gehouden in het multinationale project, dat heeft geleid tot de ontwikkeling van de volgende instrumenten: de WHOQOL-100 en de WHOQOL-Bref (De Vries, 1996; De Vries & Van Heck, 1995, 1996, 1997; WHOQOL Group, 1994, 1998). In 2007 waren er 30 WHOQOL-Centra in de wereld. Ieder centrum is verantwoordelijk voor het ontwikkelen van de WHOQOL- instrumenten voor het desbetreffende land (Centre for Participant Reported Outcomes, 2007). De positiebepaling van de WHOQOL Group is op dit moment het meest veelbelovend, vergeleken met de uitgangspunten van andere, eerder genoemde instrumenten, voor verdere theoretische onderbouwing van het begrip 'Kwaliteit van Leven' (Van Heck, 2008). De WHOQOL heeft twee versies: een lange (100 items; WHOQOL-100) en een korte (26 items; WHOQOL- Bref). De WHOQOL -100 en de WHOQOL- Bref meten, zoals gezegd, de subjectieve beoordeling van de verschillende facetten van Kwaliteit van Leven. Ze kunnen gebruikt worden als 'generieke' instrumenten en zijn geschikt voor interpretatie op individueel niveau (De Vries & Van den Berg, 2002). De 100 items van de WHOQOL-100 hebben betrekking op 24 facetten van het leven, zoals pijn en ongemak, energie en vermoeidheid, slaap en rust en dergelijke (zie Tabel 6.1 voor een overzicht van de afzonderlijke domeinen en facetten).

Tabel 6.1 De Domeinen en Facetten van de WHOQOL-100

Domeinen	Facetten
I Lichamelijke Gezondheid	1 Pijn en Ongemak
	2 Energie en Vermoeidheid
	3 Slaap en Rust
	9 Mobiliteit
	10 Alledaagse Levensactiviteiten
	11 Afhankelijkheid van Medicatie en Behandelingen
	12 Werkcapaciteit
II Psychologische Gezondheid	4 Positieve Affect
	5 Cognitieve Functies
	6 Zelfwaardering
	7 Lichamelijk Beeld en Uiterlijk
	8 Negatief Affect
III Sociale Relaties	24 Spiritualiteit/ Religie/ Persoonlijk Geloof
	13 Persoonlijke Relaties
	14 Sociale Steun
	15 Seksuele Activiteit
IV Omgeving	16 Fysieke Veiligheid
	17 Woonomgeving
	18 Financiële Bronnen
	19 Gezondheidszorg en Sociale Zorg: Toegankelijkheid en Kwaliteit
	20 Mogelijkheden voor het Verwerven van Nieuwe Informatie en Vaardigheden
	21 Deelname aan en Mogelijkheden voor Recreatie en Vrijtijdsactiviteiten
	22 Fysieke Omgeving (verontreiniging, lawaai, verkeer, klimaat)
	23 Transport

Behalve deze facetten, behorend bij vier verschillende domeinen (Lichamelijke Gezondheid, Psychologische Gezondheid, Sociale Relaties en Omgeving) kent de WHOQOL-100 ook een algemeen facet dat de Algemene Kwaliteit van Leven en Algemene Gezondheid weerspiegelt.

Respondenten rapporteren hun Kwaliteit van Leven met behulp van 5-puntschalen. Hoe hoger de score, des te beter is de Kwaliteit van Leven. De Nederlandse versie is gerealiseerd en gevalideerd in 1995 door De Vries en Van Heck (De Vries & Van Heck, 1995, 1997). Een aantal jaren geleden is onderzoek verricht met de WHOQOL -100 en de WHOQOL



-Bref bij patiënten in een GGZ-setting (Masthoff, Trompenaars, Van Heck, Hodiament, & De Vries, 2005; Trompenaars, Masthoff, Van Heck, Hodiament, & De Vries, 2005a, 2005b).

Naast het feit dat de WHOQOL- instrumenten regelmatig gebruikt worden bij mensen met een chronische lichamelijke ziekte (O'Carroll, Smith, Couston, Cossar, & Hayes, 2000; Skevington, 1998; De Vries, Van Heck, & Drent, 1999), wordt het instrument steeds meer gebruikt bij psychiatrische patiënten (Angermeyer et al., 2002; Bonicatto, Dew, Zaratiegui, Lorenzo, & Pecina, 2001; Herrman, Hawthorne, & Ythomas, 2002; Kivircik-Akdede, Alptekin, Akvardar, & Kitis, 2005; Masthoff et al., 2005; Van Nieuwenhuizen, 1998; Orsel, Akdemir, & Dag, 2004; Skevington & Wright, 2001; Trompenaars et al., 2005a, 2005b).

Voor zo ver we weten, zijn er nauwelijks onderzoeksresultaten bekend met de WHOQOL bij migranten/ allochtonen in Nederland (Locadia & Sprangers, 2006). Die zijn er wel op het internationaal niveau (Bayram, Thorburn, Demirhan, & Bilgel, 2007; Ekblad et al., 1999; Orley & Kuyken, 1994; Utsey, Chae, Brown, & Kelly, 2002; De Vries & Van Heck, 1994). Om de Nederlandse versie te gebruiken bij anderstaligen is een taalvaardigheidsniveau NT2 (Nederlands als tweede taal) op niveau 3 vereist (De Vries & Van den Berg, 2002).

De in het huidige onderzoek gebruikte Turkse versie van de WHOQOL-100 (Eser, Fidaner, & Fidaner, 1999) kent 103 vragen, heeft goede psychometrische kwaliteiten (Eser, Fidaner, Yalçın-Eser, Fidaner, & Elbi, 2000; Fidaner et al., 1999; Orsel et al., 2004) en wordt in Turkije veel gebruikt in onderzoek in de sector Zorg en Welzijn (Eser, 2004).

## 6.5 WHOQOL en de Turkse steekproef

Om de WHOQOL-100 zo optimaal mogelijk te kunnen toepassen bij Turkse respondenten is de versie gekozen die in de Turkse gezondheidszorg wordt gebruikt. Om deze versie naast de Nederlandse versie te kunnen gebruiken, zijn enkele kleine aanpassingen gemaakt: drie items werden buiten beschouwing gelaten, omdat de Turkse versie in totaal 103 items en enkele toegevoegde vragen met betrekking tot ervaren gezondheid kent (Eser, 2004). De antwoorden op de drie additionele vragen zijn verder verwerkt in Hoofdstuk 2 met betrekking tot geloofsovertuiging. Aan de andere toegevoegde vragen over ervaren gezondheid wordt in dit hoofdstuk aandacht besteed. Verder werden twee items gehercodeerd en werd één item gespiegeld. Zo werd een versie van de WHOQOL-100 verkregen die reeds vertaald was naar het Turks en die geschikt was om aan een Turkse onderzoeksgroep voor te leggen, terwijl die tevens inhoudelijk, qua aantal items en formulering van de items, volledig overeenkwam met de Nederlandse versie. Dit laatste was voor een optimale vergelijking gewenst, omdat een aantal proefpersonen onvoldoende Turks sprak om de Turkse versie te kunnen invullen en daarom de Nederlandse versie kreeg voorgelegd.

Evenals de Nederlandse versie onderscheidt de Turkse versie vier domeinen van Kwaliteit van Leven: Lichamelijke Gezondheid, Psychische Gezondheid, Sociale Relaties en Omgeving. Om de betrouwbaarheid van de (licht aangepaste) Turkse versie te onderzoeken,

werd een betrouwbaarheidsanalyse uitgevoerd.

Hieronder wordt uitgebreid aandacht besteed aan de ervaren gezondheid en Kwaliteit van Leven van Turken in Nederland. Eerst wordt de ervaren gezondheid onder de loep genomen als onderdeel van Kwaliteit van Leven.

### 6.5.1 De ervaren gezondheid

Hier geven we eerst een korte samenvatting van de subjectieve beleving van gezondheid bij Turken in Nederland. Daarna wordt ingegaan op het hoofdthema, namelijk de bevindingen met betrekking tot Kwaliteit van Leven.

#### 6.5.1.1 De subjectieve beleving van gezondheid: een literatuurverkenning

De subjectieve ziektebeleving van cliënten heeft invloed op ziekte-inzicht, ziektegedrag en hulpzoekgedrag (Hodiamont, Peer, & Heydendael, 1986; De Jong, 1996; Kortmann, 1995). Daarbij kan er een discrepantie bestaan tussen de beleving van de cliënt (het illness-aspect) en het oordeel van medische of psychiatrische deskundigen (het disease-aspect) enerzijds en de sociaal gedefinieerde rol die bij ziek zijn hoort (het sickness-aspect) (Eisenberg, 1977) anderzijds. Eén van de belangrijkste bijdragen op het gebied van ziektebeleving en ziektegedrag is afkomstig van de Amerikaanse psychiater en cultureel-antropoloog Kleinman (1980). Deze heeft om inzicht te krijgen in de universele aspecten van de gezondheidszorg in verschillende culturen vijf kernfuncties (*core clinical functions*) van medische systemen of de gezondheidszorg aangegeven (Borra, 2002; Richters, 1994; Thomaes, 1994): (i) de culturele constructie van het ziek zijn als een psychosociale ervaring van de zieke; (ii) de constructie van algemene criteria voor het hulpzoekgedrag en voor de evaluatie van een therapie (*general strategies*); (iii) de manier waarop een individu in een specifieke ziekte-episode omgaat met klacht(en) en de ziekte(n) (*explanatory model*) en een verklaring c.q. betekenis geeft aan deze klacht(en) en ziekte(n) (Hosper, Konijn, & Vollebergh, 2001). Deze verklaringsmodellen bestaan uit ideeën, opvattingen of theorieën over de oorzaak van ziekte, het begin van de symptomen, de pathofysiologie en het verloop van de behandeling (Richters, 1996; Thung, 2000); (iv) behandelingsactiviteiten en het tot stand brengen van genezing (*curing of disease, healing of illness*) en (v) algemene criteria voor het omgaan met het resultaat van de hulpzoekacties (genezing, falen van therapie, recidief, chroniciteit, handicaps en sterven). Vanuit de cliënt bezien, draait het in de kern om het begrip *illness*, dat verwijst naar de individuele ervaring (het gevoel van welbevinden) met betrekking tot negatieve veranderingen in de organische, psychosociale en culturele toestanden van het individu (Richters, 1996). Het gaat hier om de subjectieve beleving van de klachten, om wat cliënten denken dat ze hebben (Helman, 1994).

Mede hierdoor hoeven het door cliënten ervaren ziektebeeld, hun hulpzoekgedrag en hun behoefte aan zorg, niet altijd te corresponderen met de bevindingen en handelingen van medici en andere hulpverleners. Bij migranten zijn dit soort discrepanties vaak nog groter dan bij de autochtone (cliënten) populatie. Concreet mist men bijvoorbeeld bij allochtonen de proto-professionalisering die veel Nederlandse patiënten wel hebben (Logghe, Van Erp, & Kraezer, 1998). Daarnaast is ook sprake van onbekendheden, vooroordelen, denk- en redeneerfouten, afstand en achterstand en dergelijke, ten aanzien van relevante aspecten en onderwerpen van de geestelijke gezondheid(zorg) (Can, 1997).

Binnen het kader van betekenis toekennen aan klachten neemt het fenomeen *cultural formulation* een belangrijke plaats in. Dit heeft betrekking op de persoonlijke ervaringen van cliënten en hun verbondenheid met hun culturele referentiegroep (Borra, 1998, 2002; Van Dijk, Borra, & Rohlof, 2002; Foulks, Westermeyer, & Ta, 1998). De Cultural Formulation of Diagnosis is een poging om het DSM-systeem cultuurgevoeliger te maken (Rohlof & Groen, 2010). De bedoeling is het individu te beschrijven in zijn/haar sociale, culturele en klinisch-diagnostische context (Lewis-Fernandez, 1996; Yilmaz & Weiss, 2000) en te proberen de wereld te zien “through the client’s eyes” (Alverson et al., 2007).

De bovengenoemde concepten kunnen ons helpen om het cultureel referentiekader van Turken wat betreft het ziek zijn en gezond zijn, te begrijpen.

### 6.5.1.2 De vraagstelling met betrekking tot ervaren gezondheid

We vroegen ons af hoe onze respondenten, gespecificeerd naar onderzoeksgroepen, hun algemene gezondheid ervoeren en welke soorten klachten/ziektes zij dachten te hebben. Daarbij hebben we de diverse onderzoeksgroepen, de GGZ-populatie en de Algemene Populatie van Turken in Nederland (AP), apart bekeken en eventuele verschillen tussen mannen en vrouwen nader geanalyseerd.

### 6.5.1.3 De hypothesen

De volgende hypothesen werden geformuleerd:

- De GGZ-populatie van Turken in Nederland heeft een slechtere gezondheidsbeleving dan de Algemene Populatie van Turken in Nederland.
- Vrouwelijke respondenten hebben een slechtere gezondheidsbeleving dan mannelijke respondenten.
- Voor de gehele steekproef geldt dat er meer lichamelijke klachten beleefd worden dan psychische klachten.
- Er zullen verschillen zijn tussen de verschillende onderzoekspopulaties, de AP, de GGZ-a populatie en de GGZ-b populatie, wat betreft (i) de ervaren klachten tot

nu toe qua soort en hoeveelheid en (ii) de ervaren klachten op dit moment. De verwachting is dat de AP minder en andersoortige klachten heeft dan de beide GGZ-populaties.

- Turken in Nederland beleven een slechtere gezondheid dan autochtone Nederlanders.

#### 6.5.1.4 Dataverzameling en dataverwerking

Aan de respondenten werd hun subjectieve oordeel gevraagd over de ervaren algemene gezondheid (op een 5-puntsschaal), de soorten van de ervaren klachten/ziektes tot nu toe en de huidige ervaren klachten/ ziektes. Hiervoor werd gebruik gemaakt van een vragenlijst voor de meting van Kwaliteit van Leven, de WHOQOL-100 (WHOQOL Group, 1995). Zoals eerder gezegd, zijn in de Turkse versie van de WHOQOL -100 extra vragen opgenomen over klachten/ziekten die respondenten in hun hele leven (tot nu toe) ervaren hebben, dan wel op dit moment hebben en andere vragen in verband met geloofsovertuiging en dergelijke (Eser et al., 2000; Fidaner et al., 1999). Gezien het feit dat 10 respondenten van de GGZ-a populatie een Nederlandse versie van WHOQOL-100 hebben ingevuld, hebben de onderstaande constatering betrekking op 419 respondenten in plaats van 429, verdeeld over GGZ-a + b-populatie ( $n=219$ ) en de AP ( $n=200$ ).

Om deze data te verwerken, werd gebruik gemaakt van het Statistical Package for Social Sciences version 12.0 (Huizingh, 2004; SPSS, 2004). Naast gemiddelde scores en standaarddeviaties werden ook Chi-square-, Mann-Whitney- en Kruskal-Wallis analyses uitgevoerd. De verkregen gegevens werden zo veel mogelijk vergeleken met gegevens uit de literatuur.

#### 6.5.1.5 De ervaren algemene gezondheid

Wat betreft de ervaren algemene gezondheid van de totale steekproef gaf 34% aan dat ze een 'slechte tot zeer slechte' algemene gezondheid hadden, 35.5% een 'gemiddelde' en 12% een 'goede tot zeer goede' gezondheid. In een eerder onderzoek naar de subjectieve ervaring van gezondheid gaf 21% van de Turken in Nederland aan dat zij een (zeer) slechte gezondheid hadden (Devillé & Drewes, 2003). Volgens recenter onderzoek is dit zelfs 45%, wat significant hoger is dan het corresponderende percentage bij autochtonen van 15% (Hoeymans et al., 2007). De bevindingen uit het huidige onderzoek komen ook overeen met andere onderzoeksresultaten (Schellingerhout, 2004). De huidige cijfers met betrekking tot een 'goede tot zeer goede' gezondheid zijn echter lager dan de resultaten uit een ander onderzoek (Uitenbroek, 2006), waar 54.6% van de Turkse steekproef aangaf dat zij een 'goede tot uitstekende' algemene gezondheid hadden. Als we deze cijfers vergelijken met die van autochtonen in Nederland en Turken in Turkije, dan blijken de percentages voor

Turkse migranten laag uit te vallen: bijna 80% van Nederlanders (European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2004) en 68% van de Turken in Turkije (İşte biz Türkler, Akşam, 2006) gaven aan dat zij zich gezond voelen.

Wat betreft de ervaren algemene gezondheid van de GGZ- populatie zien we grote verschillen (zie Tabel 6.2). Vijftien procent van de GGZ- populatie ( $n=219$ ), gaf aan dat zij een 'zeer slechte' gezondheid hadden. Hierna komen, met een percentage van 41%, de respondenten die denken dat zij een 'slechte' gezondheid hebben. Het percentage voor een 'gemiddelde' gezondheid bedraagt 33% . Verder gaf 6% aan een 'goede' en 1% een 'zeer goede' gezondheid te hebben. Zodoende ligt het gemiddelde 'ervaren gezondheidscijfer' van de respondenten van de GGZ-populatie in het huidige onderzoek op 2.23 op een 5-puntsschaal. Volgens recent onderzoek in Turkije geeft 68% van de algemene populatie aan dat zij geen gezondheidsproblemen ervaren (İşte biz Türkler, Akşam, 2006). Volgens ander onderzoek in Nederland, onder mensen ouder dan 60 jaar, gaf 15.3% aan een 'slechte' en 1.9% een 'zeer slechte' gezondheid te hebben (Tuik, 2006).

Tabel 6.2 Ervaren Algemene Gezondheid verdeeld naar Geslacht

Ervaren Algemene Gezondheid %	Respondenten		Geslacht	
	GGZ- populatie (a en b) ( $n=219$ )	AP ( $n=200$ )	Man ( $n= 164$ )	Vrouw ( $n= 255$ )
Zeer slecht	15.3	2.5	7.7	10.3
Slecht	41.0	10.0	26.8	26.4
Gemiddeld	32.8	38.0	28.6	39.5
Goed	5.7	36.0	26.2	15.7
Zeer goed	0.9	13.5	8.3	5.7
Gemiddelde op een 5-puntsschaal	2.23	3.48	3.01	2.80
	( $SD = 0.96$ )	( $SD = 0.93$ )	( $SD = 1.18$ )	( $SD = 1.1$ )

Zoals te verwachten, is de 'ervaren gezondheid' van respondenten in de AP gunstiger dan in de GGZ- populatie. Hiervan gaf 2.5% aan een 'zeer slechte' gezondheid te hebben en 10% een 'slechte' gezondheid. Achtendertig procent rapporteerde een 'gemiddelde' gezondheid. Het percentage mensen dat, naar eigen zeggen, een 'goede' gezondheid had, bedroeg 36%. Voor een 'zeer goede' gezondheid was het percentage 13.5%.

Op basis van deze uitkomsten kunnen we concluderen dat de ervaren algemene gezondheid van de 'GGZ-populatie' slechter is (2.23) dan die van de AP (3.48) ( $t(df) = -13.2(417)$ ,  $p < 0.001$ ). Dergelijke verschillen tussen deze twee populaties zien we ook in de antwoorden per categorie, zoals bij het 'zeer slecht' ervaren van de eigen algemene gezondheid. Dit was het geval voor 15.3% van de GGZ-populatie, terwijl het voor de AP

slechts 2.5% was. Dit verschil zet zich ook voort bij de antwoordcategorie 'slecht'. In de GGZ-populatie koos 41% dit alternatief, tegen 10% van de AP- groep. Ook ten aanzien van de categorie 'goed' was er sprake van grote verschillen. Hierop scoorde de GGZ- populatie 5.7% en de AP 36%.

Wat betreft sekseverschillen in ervaren algemene gezondheid verschilden mannen ( $M = 3.01$ ) en vrouwen ( $M = 2.80$ ) significant van elkaar ( $t(df) = 2.0(417)$ ,  $p < 0.05$ ) in de gehele steekproef. Dit verschil zien we ook tussen mannen ( $M = 3.65$ ) en vrouwen ( $M = 3.36$ ) binnen de AP- groep: ( $t(df) = 2.1(198)$ ,  $p < 0.05$ ). Er werden geen significante verschillen gevonden in dit opzicht tussen mannen ( $M = 2.37$ ) en vrouwen ( $M = 2.31$ ) binnen de GGZ- populatie: ( $t(df) = 0.5(217)$ ,  $p = 0.62$ ).

Als we een vergelijking maken met andere onderzoeken, dan valt op dat 56% van de onderzochte populatie die in behandeling was, een (erg) slechte gezondheid rapporteerde, terwijl dit bij de populatie Turken, onderzocht door Devillé, Uiters, Westert, en Groenewegen (2006), 45% was. Hierbij zou het gaan om een vergelijkbare groep, namelijk de patiëntenpopulatie van de huisarts. Dit percentage is echter erg hoog in vergelijking met de uitkomsten (13.6%) verkregen in een vergelijkbare populatie in de studie van Van Lindert, Droomers, en Westert (2004).

Als we een vergelijking maken tussen onze AP- steekproef en een vergelijkbare steekproef in de studie van Uitenbroek (2006), dan ervaart in het huidige onderzoek 39.5% een (erg) goede gezondheid, tegenover 54.6% van de Amsterdamse Turken die aangeven een 'goede /zeer goede/ uitstekende' gezondheid te hebben. In onderzoek waarin de gezondheidsbeleving van Turken vergeleken werd met die van andere allochtone minderheden in Nederland (Marokkanen, Antillianen, Surinamers, Kaapverdianen en Chinezen) werd duidelijk dat Turken de slechtst ervaren gezondheid hadden (Van den Brink, 2006).

## 6.5.2 De ervaren klachten/ziekten tot nu toe

Allereerst volgt een overzicht van de '*life-time*' klachten/ziekten, dat wil zeggen klachten die in het verleden ervaren zijn, die de respondenten ooit hebben gehad in hun persoonlijke historie. Vervolgens wordt ingegaan op de huidige klachten/ziekten.

### 6.5.2.1 Dataverzameling en dataverwerking

De klachten/ziekten, die respondenten rapporteerden, werden eveneens geïnventariseerd aan de hand van de Turkse versie van de WHOQOL-100. Omdat het om de 'ervaren klachten' gaat, zochten we de beste formulering voor de vraag. Daartoe werden deze aangegeven klachten/ziekten ter categorisering aan zeven deskundigen voorgelegd (twee psychiaters, één neuroloog, twee psychiaters in opleiding en twee basisartsen). Op basis van hun adviezen werd de volgende indeling gemaakt, passend bij de verschillende orgaansystemen en/of

medisch-specialistische gebieden. Zie Tabel 6.3 voor een volledig overzicht. Het is opvallend dat er geen klachten/ziektes aangegeven werden die zodanig cultuurgebonden zijn, dat ze niet zouden passen in één van de in Tabel 6.3 onderscheiden categorieën.

*Tabel 6.3 Ervaren Klachten/ Ziekten die Respondenten volgens hen in hun Leven hebben gehad*

	GGZ-a (n=194)	GGZ-b (n=25)	AP (n=200)	Totaal (N=419)
	Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal (%)
1- Psychiatrie	136 (33.0)	20 (42.0)	66 (25.0)	222 (31.0)
2- Neurologie	27 (7.0)	1 (2.0)	26 (10.0)	54 (8.0)
3- Gastro-enterologie	28 (7.0)	2 (4.0)	25 (10.0)	55 (8.0)
4- Cardiologie	49 (12.0)	2 (4.0)	33 (13.0)	84 (12.0)
5- Pulmonologie	31 (8.0)	8 (17.0)	12 (5.0)	51 (7.0)
6- Urologie	2 (1.0)	-	4 (2.0)	6 (1.0)
7- Endocrinologie	-	1 (2.0)	5 (2.0)	6 (1.0)
8- Tractus Locomotorius	44 (11.0)	6 (12.5)	47 (18.0)	97 (14.0)
9- Haematologie	66 (16.0)	6 (12.5)	32 (12.0)	104 (15.0)
10- KNO	7 (2.0)	-	-	7 (1.0)
11- Oogheekunde	7 (2.0)	-	2 (1.0)	9 (1.0)
12- Allergologie	-	-	3 (1.0)	4 (1.0)
13- Dermatologie	3 (1.0)	-	-	3 (1.0)
14- Gynaecologie	4 (1.0)	1 (2.0)	2 (1.0)	7 (1.0)
15- Oncologie	-	1 (2.0)	2 (1.0)	4 (1.0)
16- Diverse Klachten	-	-	2 (1.0)	3 (1.0)
Totaal aantal klachten	407	48	261	716
Gemiddeld aantal klachten per persoon	2.07	2.08	1.30	1.71

*Noot.* De vermelde percentages zijn berekend *binnen* de afzonderlijke steekproeven en *binnen* de totale onderzoeksgroep (laatste kolom).

Op basis van Tabel 6.3 kan geconstateerd worden dat er verschillen bestaan tussen de GGZ-populaties en de AP. Het klachtenniveau (aantal gemiddelde gemelde klachten per persoon) was bij de groepen GGZ-a en GGZ-b nagenoeg gelijk, terwijl de respondenten in de AP- groep gemiddeld minder klachten rapporteerden. Als de klachten/ziektes nader onder de loep genomen worden, valt meteen op dat de psychiatrische klachten het hoogst scoren: 33.4% (GGZ-a populatie), 41.6% (GGZ-b populatie) en 25.2% (AP). Na de psychiatrische klachten komen op de tweede plaats de klachten die in de categorie 'Haematologie' vallen, zoals: problemen met het cholesterolgehalte, anemie, problemen met bloed en dergelijke.

Op de derde plaats komen klachten die in de categorie 'Tractus locomotorius' vallen, zoals: rugpijn, problemen met benen en voeten, bekken, botten, reuma, gewrichtsproblemen, zweepslag en dergelijke. Hierna komen cardiologische klachten, zoals: hartklachten, problemen met de bloeddruk en dergelijke. De percentages voor neurologische klachten, zoals: migraine, slaapproblemen, verlamingsverschijnselen, flauwvallen, Korsakoff, epilepsie, en gastro-enterologische klachten, zoals: obstipatie, maag- en darmklachten, problemen van de lever en buikklachten, zijn even hoog en komen op de vijfde plaats. Daarna volgt op de zesde plaats de categorie 'Pulmonologische Klachten', zoals: problemen met de longen, ademhaling, astma en bronchitis. De andere gerapporteerde klachten hebben betrekking op acht verschillende categorieën en op de categorie 'Diverse Klachten'.

### 6.5.2.2 De huidige ervaren klachten/ziekten

Aan de respondenten werd ook gevraagd welke klachten zij *op dit moment* (tijdens de onderzoeksperiode) hadden. Categorisering gebeurde wederom met behulp van medische deskundigen. In Tabel 6.4 wordt het betreffende overzicht gegeven. Wat betreft de huidige ervaren klachten/ ziektes valt op dat de hele steekproef in zijn totaliteit veel minder klachten heeft gerapporteerd. Dit zien we ook terug bij het gemiddelde aantal klachten per persoon, namelijk 0.68. Hierbij valt op dat de GGZ-b populatie gemiddeld minder (0.52) klachten per persoon rapporteerde dan de rest van de onderzoekspopulatie.

De klachtencategorie 'Tractus Locomotorius' scoorde het hoogst binnen de totale steekproef. Op de tweede plaats kwamen de 'Psychiatrische klachten'. Zoals te verwachten, was het gevonden percentage lager bij de respondenten uit de AP dan bij de GGZ- populatie. In eerder onderzoek (Dijkstra, 2004) werd overigens gevonden dat 100% van de respondenten uit de psychiatrische populatie en 30% van de normale populatie, psychische klachten had. In een onderzoek in Turkije bij patiënten van een gezondheidscentrum (Rezaki, Özgen, & Kaplan, 1995) gaf 17.6% van de patiënten aan dat zij last hadden van psychische klachten. Dit cijfer was 17.2% bij een ander onderzoek naar de algemene populatie (Erol, Kılıç, Ulusoy, Keçeci, & Şimşek, 1998).

Neurologische klachten werden gerapporteerd door 20% van de respondenten. Gastro-enterologische klachten kwamen op de vierde en pulmonologische klachten op de vijfde plaats. Daarna volgden de overige klachten/ziektes. Naast het feit dat 29% van de GGZ-populatie (aangemelde cliënten *en* cliënten in behandeling) aangaf psychiatrische klachten te hebben, rapporteerden zij alles bij elkaar ook veel lichamelijke klachten. Dit komt overeen met een eerdere publicatie (Dijkstra, 2004), waarin vermeld wordt dat 60% van een Turkse onderzoekspopulatie meer dan vijf lichamelijke klachten heeft. Het hoge percentage in de categorie 'Tractus Locomotorius' wordt in andere studies binnen de Turkse gemeenschap bevestigd (Janssen, 2006; Spijker, 2006).



Tabel 6.4 Ervaren Klachten/Ziekten die Respondenten volgens hen op dit Moment hebben

	GGZ-a (n=194)	GGZ-b (n=25)	AP (n=200)	Totaal (N=419)
	Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal (%)
1- Psychiatrie	40 (28.0)	4 (31.0)	24 (19.0)	68 (24.0)
2- Neurologie	28 (19.5)	-	30 (23.0)	58 (20.0)
3- Gastro-enterologie	6 (4.0)	3 (23.0)	11 (8.5)	20 (7.0)
4- Cardiologie	2 (1.0)	1 (8.0)	3 (2.0)	6 (2.0)
5- Pulmonologie	3 (2.0)	-	7 (5.0)	10 (4.0)
6- Urologie	1 (1.0)	-	3 (2.0)	4 (1.0)
7- Endocrinologie	2 (1.0)	-	4 (3.0)	6 (2.0)
8- Tractus Locomotorius	52 (36.0)	-	29 (22.0)	81 (28.0)
9- Haematologie	2 (1.0)	4 (31.0)	4 (3.0)	10 (3.5)
10- KNO	-	-	4 (3.0)	4 (1.0)
11- Oogheekunde	1 (1.0)	-	-	-
12- Allergologie	2 (1.0)	-	-	2 (1.0)
13- Dermatologie	2 (1.0)	-	-	2 (1.0)
14- Gynaecologie	1 (1.0)	-	2 (2.0)	3 (1.0)
15- Diverse Klachten	1 (1.0)	1 (8.0)	8 (6.0)	10 (3.5)
Totaal aantal klachten	143	13	129	285
Gemiddeld aantal klachten per persoon	0.70	0.52	0.64	0.68

Noot. De vermelde percentages zijn berekend binnen de afzonderlijke steekproeven en binnen de totale onderzoeksgroep (laatste kolom).

### 6.5.3 Bevindingen met betrekking tot Kwaliteit van Leven

Hoe staat het met de Kwaliteit van Leven? Voor we daarop ingaan, zullen we stilstaan bij onze vraagstellingen, hypotheses, dataverzameling en dataverwerking en betrouwbaarheidsanalyse van de Turkse versie van WHOQOL-100.

#### 6.5.3.1 De vraagstelling

We vroegen ons af hoe het gesteld was met de Kwaliteit van Leven in zijn algemeenheid en de Kwaliteit van Leven voor afzonderlijke domeinen (Lichamelijke Gezondheid, Psychische Gezondheid, Sociale Relaties en Omgeving), in de verschillende onderzoeksgroepen (GGZ-populatie en AP; mannen en vrouwen).

### 6.5.3.2 De hypothesen

Om de bovengenoemde vraagstelling te verduidelijken, zijn de volgende hypothesen opgesteld:

- De GGZ-populatie heeft een slechtere Kwaliteit van Leven dan de Algemene Populatie van Turken in Nederland, zowel wat betreft Algemene Kwaliteit van Leven en Algemene Ervaren Gezondheid, als wat betreft de verschillende gebieden van Kwaliteit van Leven.
- Vrouwelijke respondenten zullen een slechtere Kwaliteit van Leven rapporteren dan mannelijke respondenten. Dit geldt voor zowel de Algemene Kwaliteit van Leven en Algemene Ervaren Gezondheid, als voor de verschillende domeinen van Kwaliteit van Leven.
- Er is een samenhang tussen de scores op de WHOQOL-100 enerzijds en de scores op de SCAN 2.1, SCL-90 (wat betreft As I- stoornissen van DSM- IV) en de SCID- II (As II- stoornissen van DSM-IV). We verwachten een positieve samenhang met de negatieve WHOQOL- schalen en -domeinen en een negatieve samenhang met de positief geformuleerde WHOQOL- schalen en -domeinen.

6

### 6.5.3.3 Dataverzameling en dataverwerking

De verzamelde WHOQOL-100 gegevens werden verwerkt met behulp van het Statistical Package for Social Sciences version 12.0 (Huizingh, 2004; SPSS, 2004). Naast gemiddelde scores en standaarddeviaties werden ook Chi-square-, Mann-Whitney- en Kruskal-Wallis analyses uitgevoerd en werden Bonferroni-correcties toegepast. Ook werden Pearson-correlaties berekend. De verkregen gegevens werden, waar mogelijk, vergeleken met bestaande literatuurgegevens.

### 6.5.3.4 Betrouwbaarheidsanalyse

De interne consistentie voor de scores op de domeinen van de WHOQOL-100 werd onderzocht voor de totale onderzoeksgroep ( $N = 429$ ), voor de drie afzonderlijke onderzoeksgroepen, en voor mannen en vrouwen apart. De resultaten zijn weergegeven in Tabel 6.5. en Tabel 6.6. Cronbach's Alfa- coëfficiënten voor de vier domeinen waren voor de gehele onderzoeksgroep hoog, lopend van 0.77 tot 0.93. Deze uitkomsten wijzen op een ruim voldoende tot zeer goede betrouwbaarheid.

Tabel 6.5 Cronbach's Alfa voor de WHOQOL-Domeinen

WHOQOL-Domeinen	GGZ-a n=204	GGZ-b n=25	AP n= 200	Mannen n=168	Vrouwen n=261	Totaal N=429
Lichamelijke Gezondheid	0.84	0.89	0.92	0.93	0.93	0.93
Psychische Gezondheid	0.79	0.87	0.86	0.89	0.88	0.88
Sociale Relaties	0.65	0.87	0.75	0.79	0.75	0.77
Omgeving	0.82	0.87	0.86	0.88	0.85	0.86

Tabel 6.6 Cronbach's Alfa voor de WHOQOL- Facetten

WHOQOL-Domeinen	GGZ-a n=204	GGZ-b n=25	AP n= 200	Mannen n=168	Vrouwen n=261	Totaal N=429
0-Algemene Kwaliteit van Leven en Algemene Gezondheid	0.84	0.62	0.85	0.87	0.82	0.84
1-Pijn en Ongemak	0.77	0.71	0.82	0.89	0.82	0.85
2-Energie en Vermoeidheid	0.76	0.81	0.82	0.86	0.84	0.85
3-Slaap en Rust	0.71	0.86	0.85	0.86	0.87	0.87
4-Positief Affect	0.87	0.88	0.92	0.93	0.92	0.93
5-Cognitieve Functies	0.78	0.87	0.81	0.85	0.86	0.86
6-Zelfwaardering	0.70	0.78	0.80	0.81	0.81	0.81
7-Lichaamsbeeld en Uiterlijk	0.74	0.77	0.80	0.82	0.82	0.81
8-Negatief Affect	0.81	0.89	0.85	0.86	0.85	0.86
9-Mobiliteit	0.68	0.80	0.86	0.87	0.84	0.86
10-Dagelijkse Activiteiten	0.74	0.86	0.75	0.83	0.77	0.79
11-Afhankelijkheid van Medicatie en Behandelingen	0.73	0.71	0.82	0.86	0.85	0.86
12-Werkcapaciteit	0.81	0.92	0.87	0.90	0.90	0.89
13-Persoonlijke Relaties	0.88	0.88	0.91	0.94	0.92	0.93
14-Sociale Steun	0.54	0.65	0.72	0.77	0.72	0.74
15-Seksuele Activiteit	0.68	0.79	0.80	0.77	0.74	0.75
16-Fysieke Veiligheid	0.74	0.82	0.82	0.85	0.79	0.82
17- Woonomgeving	0.61	0.74	0.76	0.73	0.66	0.68
18-Financiële Bronnen	0.84	0.88	0.92	0.93	0.86	0.89
19-Gezondheidszorg en Sociale Zorg	0.75	0.89	0.88	0.83	0.84	0.84
20-Nieuwe Informatie	0.57	0.75	0.79	0.73	0.67	0.70
21-Recreatie en Vrijetijd	0.65	0.59	0.78	0.70	0.74	0.72
22-Fysieke Omgeving	0.60	0.82	0.72	0.71	0.69	0.70
23-Transport	0.57	0.58	0.63	0.63	0.58	0.60
24-Spiritualiteit en Religie	0.81	0.86	0.83	0.81	0.85	0.84

## 6.6 Vergelijkingen

In de Hoofdstukken 4 en 5 werden de uitkomsten van verschillende vragenlijsten in relatie tot Kwaliteit van Leven uitgebreid aan de orde gesteld. Hieronder volgt een overzicht van de vergelijkingen, waarbij de nadruk ligt op Kwaliteit van Leven.

### 6.6.1 Verschillen in Kwaliteit van Leven tussen de GGZ-populatie (n = 229) en de Algemene Populatie van Turken in Nederland (n = 200)

Zoals uit Tabel 6.7 blijkt, scoorde de AP significant hoger (dus beter) dan de GGZ- populatie op Algemene Kwaliteit van Leven en Algemene Gezondheid ( $F(1,427) = 91.08, p < 0.01$ ). De AP scoorde ook significant hoger dan de GGZ-populatie op Lichamelijke Gezondheid,  $F(1,427) = 170.84, p < 0.01$ , Psychische Gezondheid,  $F(1,427) = 112.11, p < 0.01$ , Sociale Relaties,  $F(1,427) = 66.06, p < 0.01$  en Omgeving,  $F(1,427) = 32.00, p < 0.01$ . Bij geen van deze analyses werd een significant interactie-effect met opleidingsniveau gevonden. Dit betekent dat de verschillen die gevonden zijn, niet toegeschreven kunnen worden aan verschillen in opleidingsniveau. Samenvattend kan gezegd worden dat er sprake is van grote verschillen. De Kwaliteit van Leven van de GGZ- populatie is op alle gebieden significant lager, dus slechter dan die van de AP. De resultaten zijn weergegeven in Tabel 6.7.

Tabel 6.7 *Verschillen (Gemiddelden en Standaard Afwijkingen) in Kwaliteit van Leven tussen de GGZ-Populatie en de Algemene Populatie van Turken in Nederland (AP)*

	GGZ- populatie (n = 229)	AP (n = 200)	F (df)
WHOQOL Algemeen	9.27 (2.69)	12.79 (3.09)	91.08 (1,427)**
Lichamelijke Gezondheid (Domein 1)	9.55 (2.03)	13.47 (2.60)	170.84 (1,427)**
Psychische Gezondheid (Domein 2)	10.09 (2.18)	13.27 (2.54)	112.11 (1,427)**
Sociale Relaties (Domein 3)	10.18 (2.52)	12.95 (2.81)	66.06 (1,427)**
Omgeving (Domein 4)	11.35 (2.00)	12.89 (2.16)	32.00 (1,427)**

Noot. \*  $p < 0.05$ ; \*\*  $p < 0.01$ .

Als we deze uitkomsten vergelijken met de resultaten van een vergelijkbaar onderzoek met autochtone Nederlanders (Trompenaars, Masthoff, Van Heck, Hodiamont, & De Vries, 2006) zien we eveneens significante verschillen tussen de GGZ- populatie en de algemene populatie van autochtone Nederlanders voor wat betreft Algemene Kwaliteit van Leven, Algemene Gezondheid en alle WHOQOL-domeinen. De gemiddelde scores van de

verschillende onderzoekspopulaties (Algemene Nederlandse Populatie (15.5); Non-cases; deelnemers met een As-I- stoornis, met As-II- stoornis en met zowel As-I als As-II- stoornis, samen variërend tussen 9.6 tot 12.9) zijn beter/ gunstiger dan de scores van onze Turkse populaties! Deze constatering blijft intact als we de huidige uitkomsten vergelijken met de resultaten van een recent vergelijkend onderzoek naar de algemene populatie van Turken in Zweden en Turkije (Bayram et al., 2007). De scores van onze AP- groep waren lager/slechter dan de scores van Turken in Zweden en in Turkije.

In dit kader is het aannemelijk dat zelfs de zogenaamd gezonde algemene populatie van Turken in Nederland te kampen heeft met bepaalde factoren die hun algemene Kwaliteit van Leven en hun algemene gezondheid negatief beïnvloeden, zodat zij slechter scoren dan vergelijkbare autochtone groepen. Dit kan komen door hun algemene achterstand, achterstelling in de proto-professionalisering, terughoudendheid in vroegtijdig hulpzoeken en drempelgevoeligheden en minder doorlaatbare filters van de desbetreffende instellingen.

### 6.6.2 Verschillen in Kwaliteit van Leven tussen mannen en vrouwen

Voor de afzonderlijke domeinen en facetten van de WHOQOL werden Student *t*-toetsen uitgevoerd om eventuele verschillen tussen mannen en vrouwen in Kwaliteit van Leven te onderzoeken. Tabel 6.8 geeft een overzicht van de resultaten betreffende deze sekseverschillen. Mannen scoorden gemiddeld significant hoger, dus beter, dan vrouwen op Psychische Gezondheid ( $t(df) = 12.06(2.90), p < 0.01$ ). Anders dan onze verwachting werden voor de overige domeinen, Lichamelijke Gezondheid, Sociale Relaties en Omgeving, geen significante verschillen gevonden. Ook voor de Algemene Kwaliteit van Leven en Algemene Gezondheid werden geen verschillen gevonden. Op de afzonderlijke facetten scoorden mannen op het Facet Energie en Vermoeidheid hoger dan vrouwen. Dit was ook het geval voor de facetten Cognitieve Functies, Lichaamsbeeld en Uiterlijk, en Seksuele Activiteit. Vrouwen daarentegen behaalden gemiddeld een hogere score op Negatief Affect.

Tabel 6.8 Verschillen (Gemiddelden en Standaard- Afwijkingen) tussen Mannen en Vrouwen op de WHOQOL-100- Facetten

	Mannen (n = 168)	Vrouwen (n = 261)	T (df)
Lichamelijke Gezondheid	11.77 (3.48)	11.00 (3.28)	2.29 (340.66)
Psychische Gezondheid	12.06 (2.90)	11.26 (2.76)	2.88 (427)**
Sociale Relaties	11.83 (3.06)	11.24 (2.93)	2.02 (427)
Omgeving	11.93 (2.26)	12.16 (2.18)	-1.06 (427)
WHOQOL- Algemeen	11.00 (3.54)	10.84 (3.27)	0.49 (335.92)
F1 Pijn en Ongemak	13.28 (3.80)	14.16 (3.56)	-2.44 (427)
F2 Energie en Vermoeidheid	11.32 (3.91)	9.67 (3.68)	4.41 (427)**
F3 Slaap en Rust	10.66 (4.79)	10.04 (4.57)	1.33 (427)
F4 Positief Affect	11.29 (3.29)	10.56 (3.31)	2.23 (427)
F5 Cognitieve Functies	11.25 (3.41)	10.31 (3.57)	2.70 (427)**
F6 Zelfwaardering	12.28 (3.47)	11.54 (3.52)	2.15 (427)
F7 Lichaamsbeeld en Uiterlijk	14.30 (3.85)	13.16 (3.96)	2.94 (427)**
F8 Negatief Affect	13.94 (3.81)	15.22 (3.46)	-3.53 (331.66)**
F9 Mobiliteit	11.79 (3.60)	11.28 (3.39)	1.48 (427)
F10 Dagelijkse Activiteiten	11.62 (3.62)	11.00 (3.42)	1.80 (427)
F11 Afhankelijkheid van Medicatie en Behandelingen	9.65 (4.53)	10.73 (4.62)	-2.39 (427)
F12 Werkcapaciteit	11.94 (4.51)	11.90 (3.80)	0.08 (312.56)
F13 Persoonlijke Relaties	11.96 (3.60)	11.44 (3.43)	1.48 (427)
F14 Sociale Steun	11.62 (3.38)	11.56 (3.40)	0.18 (427)
F15 Seksuele Activiteit	11.94 (3.92)	10.71 (3.89)	3.20 (427)**
F16 Fysieke Veiligheid	12.60 (2.81)	12.49 (2.93)	0.37 (427)
F17 Woonomgeving	12.54 (3.71)	13.12 (3.61)	-1.61 (427)
F18 Financiële Bronnen	10.81 (3.57)	11.58 (3.51)	-2.20 (427)
F19 Gezondheidszorg en Sociale Zorg	11.53 (2.79)	12.18 (2.69)	-2.41 (427)
F20 Nieuwe Informatie	11.94 (2.81)	11.89 (2.97)	0.20 (427)
F21 Recreatie en Vrijetijd	11.05 (2.79)	10.61 (2.88)	1.59 (427)
F22 Fysieke Omgeving	11.14 (2.73)	11.45 (2.67)	-1.18 (427)
F23 Transport	13.82 (3.39)	13.95 (3.60)	-0.39 (427)
F24 Spiritualiteit en Religie	13.21 (3.80)	13.22 (3.14)	-0.03 (307.32)

Noot. 1. \*\*  $p \leq 0.01$ .

Noot. 2. Omdat er veel analyses werden uitgevoerd, werd een Bonferroni-correctie toegepast. Alleen  $p$ -waarden  $\leq .01$  zijn als significant beschouwd.

Alles bij elkaar valt op dat, ook al zijn sommige verschillen statistisch niet significant, Turkse mannen in het algemeen beter scoorden dan de Turkse vrouwen op veel van de facetten van Kwaliteit van Leven.

### 6.6.3 Intercorrelaties van de WHOQOL-domeinen bij de GGZ-populatie (n=229)

Zoals verwacht, was Algemene Kwaliteit van Leven en Algemene Gezondheid, positief, middelmatig tot hoog, gecorreleerd met de afzonderlijke WHOQOL-domeinen: Lichamelijke Gezondheid ( $r = 0.64, p \leq 0.01$ ), Psychische Gezondheid ( $r = 0.57, p \leq 0.01$ ), Sociale Relaties ( $r = 0.49, p \leq 0.01$ ) en Omgeving ( $r = 0.64, p \leq 0.01$ ).

De domeinen van de WHOQOL correleerden onderling ook matig tot sterk. Lichamelijke Gezondheid was positief gecorreleerd met Psychische Gezondheid ( $r = 0.68, p \leq 0.01$ ), Sociale Relaties ( $r = 0.43, p \leq 0.01$ ) en Omgeving ( $r = 0.51, p \leq 0.01$ ). Psychische Gezondheid bleek positief samen te hangen met Sociale Relaties ( $r = 0.69, p \leq 0.01$ ) en Omgeving ( $r = 0.55, p \leq 0.01$ ). Er was verder sprake van een hoge, positieve correlatie tussen Sociale Relaties en Omgeving ( $r = 0.59, p \leq 0.01$ ).

### 6.6.4 Intercorrelaties van de WHOQOL-domeinen bij de Algemene Populatie van Turken in Nederland (n=200)

Ook hier bleek Algemene Kwaliteit van Leven en Algemene Gezondheid sterk positief gecorreleerd te zijn met de afzonderlijke WHOQOL-domeinen: Lichamelijke Gezondheid ( $r = 0.75, p \leq 0.01$ ), Psychische Gezondheid ( $r = 0.71, p \leq 0.01$ ), Sociale Relaties ( $r = 0.65, p \leq 0.01$ ) en Omgeving ( $r = 0.71, p \leq 0.01$ ). De domeinen van de WHOQOL-100 correleerden onderling ook sterk positief. Lichamelijke Gezondheid hing positief samen met Psychische Gezondheid ( $r = 0.80, p \leq 0.01$ ), Sociale Relaties ( $r = 0.58, p \leq 0.01$ ) en Omgeving ( $r = 0.63, p \leq 0.01$ ). Psychische Gezondheid was verder positief gecorreleerd met Sociale Relaties ( $r = 0.74, p \leq 0.01$ ) en Omgeving ( $r = 0.58, p \leq 0.01$ ). Er was ten slotte een hoge positieve correlatie tussen Sociale Relaties en Omgeving ( $r = 0.61, p \leq 0.01$ ). Het feit dat er sprake is van positieve en zelfs sterke verbanden van Algemene Kwaliteit van Leven en Algemene Gezondheid met alle domeinen van WHOQOL-100, alsmede de bevindingen dat de WHOQOL-domeinen onderling nauw samenhangen zijn verwachte uitkomsten. Het verschil tussen de GGZ-populatie en de AP, waarbij de eerst genoemde groep significant lager scoorde, was eveneens conform de verwachtingen.

### 6.6.5 Verschillen in Kwaliteit van Leven in relatie tot psychiatrische diagnoses

Onderzocht werd of er verschillen in Kwaliteit van Leven bestonden tussen respondenten

met een diagnose op As-I op basis van de SCAN 2.1. en respondenten zonder deze diagnose. Verder werd geanalyseerd of er verschillen in Kwaliteit van Leven bestonden tussen respondenten met een diagnose op As-II op basis van de SCID- II en deelnemers zonder een dergelijke diagnose (Tabel 6.9). Respondenten die geen diagnose op As-I hadden, verschilden niet in Kwaliteit van Leven van respondenten die wel een As-I diagnose hadden. Respondenten die geen diagnose op As-II hadden verschilden niet qua in Kwaliteit van Leven van mensen die wel een As-II- diagnose hadden.

Tabel 6.9 *Versillen in Gemiddelde Score op de WHOQOL- 100- schalen Gerelateerd aan Psychiatrische Diagnose*

WHOQOL- Domeinen	Diagnose	Bevestigd	Niet bevestigd	t (df)
Lichamelijke Gezondheid				
	As-I Scan 2.1	9.38 (2.08) (n = 136)	9.73 (1.79) (n = 68)	1.19 (202)
	As-II Scid- II	9.50 (1.91) (n = 63)	9.49 (2.03) (n = 141)	-0.02 (202)
Psychische Gezondheid				
	As- I Scan 2.1	9.95 (2.25) (n = 136)	10.37 (1.85) (n = 68)	1.32 (202)
	As-II Scid- II	9.68 (1.84) (n = 63)	10.27 (2.23) (n = 141)	1.83 (202)
Sociale Relaties				
	As- I Scan 2.1	10.28 (2.57) (n = 136)	10.14 (2.10) (n = 68)	-0.37 (202)
	As-II Scid- II	10.06 (2.40) (n = 63)	10.31 (2.44) (n = 141)	0.68 (202)
Omgeving				
	As- I Scan 2.1	11.28 (2.05) (n = 136)	11.41 (1.74) (n = 68)	0.44 (202)
	As-II Scid- II	11.03 (2.07) (n = 63)	11.46 (1.89) (n = 141)	1.45 (202)
WHOQOL- Algemeen				
	As-I Scan 2.1	9.15 (2.86) (n = 136)	9.40 (2.27) (n = 68)	0.61 (202)
	As-II Scid- II	9.03 (2.55) (n = 63)	9.33 (2.74) (n = 141)	0.73 (202)

Noot. Geen van de uitgevoerde t-toetsen leverde een significant verschil op.

Het is opvallend dat er in het geheel geen verschillen aangetoond konden worden in relatie tot het wel of niet hebben van een diagnose op As-I of As-II- niveau, omdat we eerder wel significante verschillen tussen de AP- groep en de GGZ-populatie hadden gevonden. Dit



bleek ook het geval bij een ander onderzoek met autochtone Nederlanders (Trompenaars et al., 2006).

### 6.6.6 Correlaties tussen scores op de WHOQOL-domeinen en de SCL-schalen: GGZ-populatie

Scores voor de afzonderlijke domeinen van de WHOQOL en voor Algemene Kwaliteit van Leven correleerden in het overgrote deel van de gevallen matig tot sterk negatief met de SCL-schalen. Dit valt inhoudelijk te verwachten en bevestigt dat er een negatieve samenhang is tussen Kwaliteit van Leven en psychische klachten: hoe hoger de scores op de SCL-90, des te slechter de Kwaliteit van Leven (zie Tabel 6.10). Dit is al eerder gerapporteerd met betrekking tot autochtone Nederlandse psychiatrische patiënten (Trompenaars et al., 2006)

Tabel 6.10 *Pearson Correlaties tussen Scores op de WHOQOL-100 en de SCL-90; GGZ- Populatie*

WHOQOL-100	SCL-90								
	PN	AN	AG	DE	SK	IN	WA	HO	SL
WHOQOL-Algemeen	-0.39	-0.35	-0.29	-0.33	-0.38	-0.34	-0.30	-0.26	-0.26
Lichamelijke Gezondheid	-0.56	-0.54	-0.46	-0.49	-0.55	-0.48	-0.41	-0.37	-0.42
Psychische Gezondheid	-0.61	-0.54	-0.50	-0.59	-0.36	-0.52	-0.57	-0.42	-0.26
Sociale Relaties	-0.47	-0.39	-0.40	-0.44	-0.27	-0.35	-0.47	-0.36	-0.12
Omgeving	-0.45	-0.37	-0.38	-0.38	-0.34	-0.37	-0.38	-0.39	-0.26

*Noot.* Alle correlaties zijn significant op  $p \leq 0.01$ niveau.

SCL-PN: Psychoneuroticisme; SCL-AN: Angst; SCL-AG: Agorafobie; SCL-DE: Depressie; SCL-SK: Somatische Klachten; SCL-IN: Insufficiëntie van Denken en Handelen; SCL-WA: Wantrouwen en Interpersoonlijke Sensitiviteit; SCL-HO: Hostiliteit; SCL-SL: Slaapproblemen.

### 6.6.7 Correlaties tussen scores op de WHOQOL-domeinen en de SCL-schalen: Algemene Populatie van Turken in Nederland (AP)

Scores op de afzonderlijke domeinen van de WHOQOL-100 correleerden matig tot sterk negatief met de scores op de SCL-schalen (Tabel 6.11). Dit valt, net als bij de GGZ-populatie, te verwachten en bevestigt de negatieve samenhang tussen Kwaliteit van Leven en psychische klachten. Het belangrijkste verschil tussen de GGZ- populatie en de AP ligt in de hoogte van de correlaties: bij de AP was sprake van hogere correlaties.

Tabel 6.11 Pearson Correlaties tussen Scores op de WHOQOL-100 en de SCL-90; Algemene Populatie van Turken in Nederland (AP)

WHOQOL-100	SCL-90								
	PN	AN	AG	DE	SK	IN	WA	HO	SL
Algemeen	-0.65	-0.60	-0.51	-0.62	-0.63	-0.59	-0.58	-0.47	-0.41
Lichamelijke Gezondheid	-0.81	-0.78	-0.72	-0.76	-0.78	-0.73	-0.66	-0.56	-0.66
Psychische Gezondheid	-0.76	-0.70	-0.64	-0.75	-0.65	-0.69	-0.70	-0.51	-0.53
Sociale Relaties	-0.61	-0.50	-0.46	-0.61	-0.47	-0.52	-0.64	-0.34	-0.37
Omgeving	-0.60	-0.51	-0.43	-0.53	-0.53	-0.51	-0.58	-0.48	-0.37

Noot. Alle correlaties zijn significant op  $p \leq 0.01$  niveau.

SCL-PN: Psychoneuroticisme; SCL-AN: Angst; SCL-AG: Agorafobie; SCL-DE: Depressie; SCL-SK: Somatische Klachten; SCL-IN: Insufficiëntie van Denken en Handelen; SCL-WA: Wantrouwen en Interpersoonlijke Sensitiviteit; SCL-HO: Hostiliteit; SCL-SL: Slaapproblemen.

## 6.7 Conclusies

We hebben kunnen constateren dat de ervaren algemene gezondheid van de GGZ-populatie significant slechter is dan die van de AP- groep. Deze verschillen zien we ook tussen mannen en vrouwen: vrouwen scoorden in de totale steekproef slechter dan mannen, behalve bij de GGZ- populatie, waar geen sprake was van significante verschillen tussen mannen en vrouwen. Gezien de gemiddelde klachten per persoon kunnen we zeggen dat hun scores in ieder geval aan de lage kant zijn. In het verlengde hiervan rapporteert de AP minder klachten dan de GGZ- populatie.

Wat betreft de 'life-time' ervaren klachten/ziektes blijkt het aantal gemiddelde klachten per persoon bij de GGZ-a populatie en de GGZ-b populatie bijna gelijk, terwijl de AP minder klachten rapporteerde. Bij de totale populatie scoorde de categorie Psychiatrische Klachten het hoogst, gevolgd door de Neurologische Klachten.

Als het gaat om de huidige ervaren klachten/ziektes in de totale steekproef, is er sprake van veel minder klachten en ziektes. In de GGZ-b populatie werd gemiddeld zelfs het laagste aantal klachten aangetroffen! De vraag die hierbij rijst, is of dit zo is omdat deze respondenten al in behandeling waren en er sprake is van 'generalisatie van de verbetering'!

Het feit dat de categorie Tractus Locomotorius hoger scoorde voor wat betreft de huidige ervaren klachten/ziektes dan de categorie Psychiatrische Klachten, zou te maken kunnen hebben met mogelijke verschillen tussen *illness*-aspecten en *disease*-aspecten. Het is ook opvallend dat de categorie Haematologische Klachten bij de GGZ-b hoger scoorde dan de categorie Psychiatrische Klachten en dat de categorie Psychiatrische Klachten bij de AP pas op de derde plaats kwam.

We hebben ook gezien dat de AP- groep significant hoger scoorde dan de GGZ-

populatie wat betreft Algemene Kwaliteit van Leven, Algemene Gezondheid en de afzonderlijke domeinen van de WHOQOL-100. Wat betreft mogelijke geslachtsverschillen bleken mannen significant hoger te scoren dan vrouwen op het domein Psychische Gezondheid als enige domein van de WHOQOL-100. Turkse vrouwen scoorden gemiddeld wel iets hoger dan Turkse mannen op het domein Omgeving, maar dit was statistisch niet significant. De verwachte verschillen op de WHOQOL- domeinen tussen Turkse mannen en vrouwen werden niet aangetroffen. Wel was er sprake van significante verschillen tussen Turkse mannen en vrouwen op sommige facetten van de WHOQOL-100, zoals: Energie en Vermoeidheid, Cognitieve Functies, Lichaamsbeeld en Uiterlijk en Seksuele Activiteit. Op deze facetten scoorden Turkse vrouwen lager/ slechter dan mannen. Daartegenover scoorden Turkse mannen op het facet Negatief Affect significant lager dan Turkse vrouwen. Of deze constatering de volgende bekende uitspraken in de hulpverleningspraktijk kunnen verklaren, vragen we ons af: Turkse vrouwen wekken altijd de indruk dat ze 'levensmoe' zijn en Turkse mannen 'lachen nooit'!

Verder blijkt het wel of niet hebben van een diagnose op As-I en As-II geen invloed te hebben op scores op de WHOQOL-100. Dit is een opvallende constatering. Zoals in de desbetreffende sectie uitgebreid besproken is, was er wel een significant verschil tussen de GGZ- populaties en de AP- groep op basis van de SCAN 2.1 en de SCL-90.

Al met al is het nu met het oog op onze hypothesen mogelijk om te zeggen:

- dat de Kwaliteit van Leven van Turkse vrouwen slechter is dan die van Turkse mannen;
- dat de Kwaliteit van Leven van de GGZ-populatie in haar totaliteit slechter is dan die van de AP van Turken in Nederland;
- dat Kwaliteit van Leven van Turken in Nederland slechter is dan die van autochtone Nederlanders.

## 6.8 Literatuur

- Aaronson, N.K., Acquadro, C., Alonso, J., Apolone, G., Bucquet, D., Bullinger, M., Bungay, K., Fukuhara, S., Gandek, B., Keller, S., Razavi, D., Sanson-Fisher, R., Sullivan, M., Wood-Dauphinee, S., Wagner, A., & Ware, J.E., Jr. (1992). International quality of life assessment (IQOLA) project. *Quality of Life Research*, 1, 349-351.
- Aaronson, N.K., Ahmedzai, S., Bergman, B., Bullinger, M., Cull, A., Duez, N.J., Filiberti, A., Flechtner, H., Fleishman, S.B., Haes, J.C.J.M. de, Kaase, S., Klee, M.C., Osoba, D., Razavi, D., Rofo, P.B., Schraub, S., Sneeuw, K.C.A., Sullivan, M., & Takeda, F. (1993). The European Organization for Research and Treatment of cancer QLQ-C30: A quality of life instrument for use in international clinical trials in oncology. *Journal of the National Cancer Institute*, 85, 365-376.
- Alverson, H.S., Drake, R.E., Carpenter-Song, E.A., Chu, E., Ritsema, M., & Smith, B. (2007). Ethnocultural variations in mental illness discourse: Some implications for building therapeutic alliances. *Psychiatric Services. A Journal of the American Psychiatric Association*, 58, 1541-1546.
- Angermeyer, M.C., Holzinger, A., Matschinger, H., & Stengler-Wenzke, K. (2002). Depression and quality of life: Results of a follow-up study. *International Journal of Social Psychiatry*, 48, 189-199.
- Angermeyer, M.C., & Killian, R. (1997). Theoretical models of quality of life for mental disorders. In H. Katschnig, H. Freeman, & N. Sartorius (Red.), *Quality of life in mental disorders* (pp. 19-54). New York, NY: Wiley.
- Bayram, N., Thorburn, D., Demirhan, H., & Bilgel, N. (2007). Quality of life among Turkish immigrants in Sweden. *Quality of Life Research*, 16, 1319-1333.
- Bergner, M., Bobbit, R.A., Kressel, S., Pollard, W.E., Gilson, B.S., & Morris, J.R. (1976). The Sickness Impact Profile: Conceptual formulation and methodology for the development of a health status measure. *International Journal of Health Services*, 6, 393-415.
- Berzon, R. A. (1998). Understanding and using health-related quality of life instruments within clinical research studies. In M.J. Staquet, R.D. Hays, & P.M. Fayers (Red.), *Quality of life assessment in clinical trials. Methods and practice* (pp. 3-15). Oxford: Oxford University Press.
- Bijlsma, J.W.J., Oude Heuvel, C.H.B., & Zaalberg, A. (1990). Development and validation of the Dutch questionnaire Capacities of Daily life (VDF) for patients with rheumatoid arthritis. *Journal of Rehabilitation Sciences*, 3, 71-74.
- Bobes, J., & González, M.P. (1997). Quality of life in schizophrenia. In H. Katschnig, H. Freeman, & N. Sartorius (Red.), *Quality of life in mental disorders* (pp. 165-178). Chichester: Wiley.

- Bonicatto, S.C., Dew, M.A., Zaratiegui, R., Lorenzo, L., & Pecina, P. (2001). Adult outpatients with depression: Worse quality of life than in other chronic medical diseases in Argentina. *Social Science and Medicine*, 52, 911-919.
- Borra, R. (1998). Cultuur en de DSM-IV, kritische kanttekeningen bij transculturele psychiatrische diagnostiek. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 11, 1086-1102.
- Borra, R. (2002). Transculturele diagnostiek. In R. Borra, R. van Dijk, & H. Rohlof (Red.), *Cultuur, classificatie en diagnose. Cultuursensitief werken met de DSM-IV* (pp. 21-40). Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Brink, G. van den (2006). *Culturele contrasten. Het verhaal van de migranten in Rotterdam*. Amsterdam: Uitgeverij Bert Bakker.
- Bullinger, M., Anderson, R., Cella, D., & Aaronson, N.K. (1993). Developing and evaluating cross-cultural instruments from minimum requirements to optimal models. *Quality of Life Research*, 2, 451-459.
- Can, M. (1997). De kameleon en de egel, psychotherapie met (de eerste generatie) allochtonen. *Symposiumverslag Culturen binnen psychiatrie-muren, deel V. Oegstgeest*: APZ- Endegeest.
- Campen, C. van (2006). Tussen meedoen en gelukkig zijn. In C. van Campen, J. Iedema, & H. Wellink (Red.), *Gezond en wel met een beperking. Ervaren kwaliteit van leven en functioneren van mensen met langdurige lichamelijke beperkingen* (pp. 36-42). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Centre for Participant Reported Outcomes (2007). *About the World Health Organisation Quality of Life (WHOQOL) Project*. Victoria: WHO- The University of Melbourne.
- Costa, P.T., Jr., & McCrea, R.R. (1980). Influence of extraversion and neuroticism on subjective well-being: Happy and unhappy people. *Journal of Personality and Social Psychology*, 38, 668-678.
- Deeg, D.J.H., & Braam, A. W. (1997). Het belang van kwaliteit van leven voor ouderen zelf. Een kwalitatieve benadering. *Medische Antropologie*, 9, 136-149.
- Devillé, W.L.J.M., & Drewes, J.B.J. (2003). Gezondheidstoestand en zorggebruik. In J.E. de Neef, J. Tenwolde, & K.A.A. Mouthaan (Red.), *Handboek interculturele zorg* (pp. 3.1.1- 3.1. 42). Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom.
- Devillé, W.L.J.M., Uiters, E., Westert, G.P., & Groenewegen, P.P. (2006). Perceived health and consultation of GPs among ethnic minorities compared to the general population in the Netherlands. In G. P. Westert, L. Jabaaij, & F. G. Schellevis (Red.), *Morbidity performance and quality in primary care. Dutch general practice on stage* (pp. 85-96). Oxford: Radcliffe Publishing Ltd.

- Dijk, R. van, Borra, R., & Rohlof, H. (2002). Cultural formulation of diagnosis: Een uitdagende werkwijze. In R. Borra, R. van Dijk, & H. Rohlof (Red.), *Cultuur, classificatie en diagnose. Cultuursensitief werken met de DSM-IV* (pp. 235-246). Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Dijkstra, H.N. (2004). Onbegrepen lichamelijke klachten bij een Turkse populatie. In H. Rohlof, A. Sbiti, & A. Snijdwind (Red.), *Culturen zonder muren. Thema 2004: Samen werken op onbekend terrein. Symposiumverslag* (pp. 25-45). Badhoevedorp: Mension.
- Eisenberg, I. (1977). Disease and illness: Distinctions between professional and popular ideas of sickness. *Culture, medicine and psychiatry*, 1, 9-23.
- Elderen, T. van, Toorn, S. van der, Echteld, M. A., Folkersma, R., Maes, S., & Diekstra, R. (1994). *Kwaliteit van leven onderzoek bij somatische chronische ziek(t)en*. Overzichtsstudie Vakgroep Klinische, Gezondheids- en Persoonlijkheidspsychologie. Leiden: Rijksuniversiteit Leiden.
- Ekblad, S., Abazari, A., & Eriksson, N.G. (1999). Migration stress-related challenges associated with perceived quality of life: A qualitative analysis of Iranian refugees and Swedish patients. *Transcultural Psychiatry*, 36, 329-345.
- Eklund, M., Hansson, L., & Bengtsson-Tops, A. (2004). The influence of temperament and character on functioning and aspects of psychological health among people with schizophrenia. *European Psychiatry*, 19, 34-41.
- Erdman, R.A.M. (1982). *Medisch Psychologische Vragenlijst voor Hartpatiënten (MPVH). Handleiding*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Erol, N., Kılıç, C., Ulusoy, M., Keçeci, M., & Şimşek, Z. (1998). *Türkiye Ruh sağlığı Profili Raporu* [Het profiel van de geestelijke gezondheid van Turkije]. Birinci Baskı. T.C. Sağlık Bakanlığı. Ankara: Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü.
- Eser, E. (2004). SYK Ölçeklerinin kültüre uyarlanması [Culturele adaptatie van de Kwaliteit van Leven instrumenten]. 1. *Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu. Genel sunular. 8-10 Nisan*. İzmir.
- Eser, E., Fidaner, H., Yalçın- Eser, S., Fidaner, C., & Elbi, H. (2000). Derivation of response scales for WHOQOL TR: The effect of the level of education on the use of visual analog scales. *European Psychologist*, 5, 278-284.
- Eser, S.Y., Fidaner, H., & Fidaner, C. (1999). Yaşam kalitesinin ölçülmesi, WHOQOL-100 ve WHOQOL-Bref [Het meten van de Kwaliteit van Leven met de WHOQOL-100 en de WHOQOL-Bref]. *3P Dergisi*, 7, 5-13.
- Essink-Bot, M.L., & Haes, J.C.J.M. de (1996). *Kwaliteit van Leven in medisch onderzoek. Een inleiding*. Amsterdam: Amsterdam University Press.

- European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. (2004). *Quality of life in Europe. First European Quality of Life Survey 2003*. Luxemburg: Office for Official Publications of the European Communities.
- EuroQol Group (1990). EuroQol: A new facility for the measurement of the health-related quality of life. *Health Policy*, 16, 199-208.
- Fassino, S., Abbate Daga, G., Delsedime, N., Rogna, L., & Boggio, S. (2004). Quality of life and personality disorders in heroin abusers. *Drug and Alcohol Dependence*, 76, 73-80.
- Lewis-Fernandez, R.L. (1996). Cultural formulation of psychiatric diagnosis. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 20, 154-163.
- Fidaner, H., Elbi, H., Fidaner, C., Eser, S.Y., Eser, E., & Göker, E. (1999). Psychometric properties of WHOQOL-100 and WHOQOL-Bref. *Psychiatric and Psychological Psychopharmacology*, 7, 23-40.
- Foulks, E., Westermeyer, J., & Ta, K. (1998). Developing curricula for transcultural mental health for trainees and trainers. In S. O. Okpaku (Red.), *Clinical methods in transcultural psychiatry* (pp. 339-362). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Haes, J.C.J.M. de, Knippenberg, F.C.E. van, & Neijt, J.P. (1990). Measuring psychological and physical distress in cancer patients: Structure and application of the Rotterdam Symptom Checklist. *British Journal of Cancer*, 62, 1043-1038.
- Heck, G.L. van (2008). Verwarring rondom kwaliteit van leven: Beter ten halve gekeerd, dan ten hele gedwaald. *Psychologie & Gezondheid*, 36, 72-78.
- Helman, C.G. (1994). *Culture, health and illness. An introduction for health professionals*. (3<sup>th</sup> ed.). Oxford: Butterworth Heinemann.
- Herrman, H., Hawthorne, G., & Ythomas, R. (2002). Quality of life assessment in people living with psychosis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 510-518.
- Hodiamont, P.P.G., Peer, P.G.M., & Heydendaal, P.H.J.M. (1986), Ziekte, ziekte- inzicht en ziektegedrag in het kader van de psychiatrie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 5, 291-309.
- Hoeymans, N., Picavet, H.S.J., & Tjhuis, M.A.R. (2005). *Gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven samengevat*. In Volksgezondheid Toekomstverkenningen, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM.
- Hoeymans, N., Picavet, H.S.J., & Tjhuis, M.A.R. (2007). *Ervaren gezondheid. Omvang van het probleem. Zijn er verschillen naar etniciteit?* In Volksgezondheid Toekomstverkenningen, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM.
- Hosper, K., Konijn, C., & Vollebergh, W. (2001). *Jonge allochtonen en hulp bij psychische problemen. Verbetering van de kwaliteit en toegankelijkheid van de ambulante GGZ*. Utrecht: Trimbos Instituut.

- Huiskes, C.J.A.E., Kraaimaat, F.W., & Bijlsma, J.W.J. (1990). De ontwikkeling van de IRGL: Een instrument om gezondheid te meten bij patiënten met reuma. *Gedrag en Gezondheid*, 18, 78-89.
- Huizingh, E. (2004). *Inleiding SPSS, 12.0 voor Windows en Data Entry*. Den Haag: Academic Service.
- Hunt, S.M. (1998). Cross-cultural issues in the use of quality of life measures in randomized controlled trials. In M.J. Staquet, R.D. Hays, & P.M. Fayers (Red.), *Quality of life assessment in clinical trials. Methods and practice* (pp. 51-67). New York, NY: Oxford University Press.
- Hunt, S., McKenna, S.P., McEwen, J., Williams, J., & Papp, E. (1981). The Nottingham Health Profile: Subjective health status and medical consultations. *Social Science and Medicine*, 15a, 221-229.
- İşte biz Türkler [Wij, de Turken]. (2006, 17 maart). Güncel, *Akşam*, Bericht 6.
- Janssen, A.P. (2006). Chronische aandoeningen van het bewegingsapparaat. In D.G. Uitenbroek, J.K. Ujcic-Voortman, A.P. Janssen, P.J. Tichelman, & A.P. Verhoeff (Red.), *Gezond zijn en gezond leven in Amsterdam* (pp. 74-81). Gezondheidsonderzoek 2004, Amsterdam: GGD Amsterdam.
- Jacobson, A., Barotsky, I., Cleary, P., & Rand, L. (1988). Reliability and validity of a diabetes quality of life measure for the diabetes control and complications trial (DCCT). *Diabetes Care*, 11, 725-732.
- Jong, J.T.V.M. de (1996). Psychodiagnostiek bij allochtonen: Vragen om moeilijkheden? *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 5, 483-496.
- Jong, J.T.V.M. de, & Ommeren, M. van (2005). Mental health services in a multicultural society: Interculturalization and its quality surveillance. *Transcultural Psychiatry*, 42, 437-456.
- Joyce, C.R.B. (1990). *Quality of life. A framework for clinical trials*. London: Quality of Life Workshop.
- Katschnig, H., & Angermeyer, M.C. (1997). Quality of life in depression. In H. Katschnig, H. Freeman, & N. Sartorius (Red.), *Quality of life in mental disorders* (pp. 137-147). New York, NY: Wiley.
- Kiebert, G.M. (1995). *Choices in oncology: Patients valuations of treatment outcomes in terms of quality and length of life*. Academisch proefschrift. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- Kirshner, B., & Guyatt, G.A. (1985). Methodological framework for assessing health indices. *Journal of Chronic Diseases*, 38, 27-36.



- Kıvırcık-Akdede, B.B., Alptekin, K., Akvardar, Y., & Kitis, A. (2005). Obsesif kompulsif bozuklukta yaşam kalitesi: Bilişsel işlevler ve klinik bulgular ile ilişkisi [Kwaliteit van Leven bij obsessief-compulsieve stoornissen in relatie tot cognitieve functies en klinische constatering]. *Turkish Journal of Psychiatry*, 16, 13-19.
- Kleinman, A. (1980). *Patiënts and healers in the context of culture*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Kortmann, F.A.M. (1995). Psychopathologie, cultuur en omgeving. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 37, 3-14.
- Krol, B. (1996). *Quality of life in rheumatoid arthritis patiënts: The relation between personality, social support and depression*. Academisch proefschrift. Groningen: Universiteit van Groningen.
- Lang, A., Steiner, E., Berghofer, G., Henkel, H., Schmitz, M., Schmidl, F., & Rudas, S. (2002). Quality of life and other characteristics of Viennese mental health care users. *International Journal of Social Psychiatry*, 48, 59-69.
- Lindert, H. van, Droomers, M., & Westert, G.P. (2004). *Tweede nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Een kwestie van verschil: Verschillen in zelfgerapporteerde leefstijl, gezondheid en zorggebruik*. Utrecht/Bilthoven: NIVEL/RIVM.
- Locadia, M., & Sprangers, M.A.G. (2006). Kwaliteit van Leven. In A.A. Kaptein, R.A.M. Erdman, J.B. Prins, & H.B.M. van de Wiel (Red.), *Medische psychologie* (pp. 155-160). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Logghe, K., Erp, R. van, & Kraezer, S. (1998). Huisartsen en migranten in gesprek. *Tijdschrift voor Gezondheid, Burgerschap en Politiek*, 16, 32-39.
- Loomes, G., & McKenzie, L. (1989). The use of QALY's in health care decision making. *Social Science and Medicine*, 28, 299-308.
- Maillé, A.R., Koning, C.J.M., Zwinderman, A.H., & Kaptein, A.A. (1994). De ontwikkeling van een kwaliteit van leven vragenlijst voor CARA-patiënten. *Gedrag en Gezondheid*, 22, 35-43.
- Masthoff, E.D.M., & Trompenaars, F.J. (2006). *General introduction*. In E. Masthoff & F. Trompenaars. *Quality of life in psychiatric outpatients* (pp. 9-25). Academisch proefschrift. Tilburg: Universiteit van Tilburg.
- Masthoff, E.D.M., Trompenaars, F.J., Heck, G.L. van, Hodiamont, P.P.G., & Vries, J. de (2005). Validation of the WHO Quality of Life Assessment Instrument (WHOQOL-100) in a population of Dutch adult psychiatric outpatients. *European Psychiatry*, 20, 465-473.
- Melker, R.A. de, Touw-Otten, F., Jacobs, F., & Luttik, A. (1990). De waarde van de 'Sickness Impact Profile' als uitkomstmeting. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 134, 946-948.

- Mercier, C., Péladeau, N., & Tempier, R. (1998). Age, gender and quality of life. *Common Mental Health Journal*, 34, 487-500.
- Miyamoto, J.M., & Eraker, S.A. (1985). Parameter estimates for a QALY utility model. *Medical Decision Making*, 5, 191-213.
- Murray, C.J.L. (1996). Rethinking DALYs. In C.J.L. Murray & A.D. Lopez (Red.), *The global burden of disease. Global burden of disease and injury series* (pp. 1-98). Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Nieuwenhuizen, Ch. van (1998). *Quality of life of persons with severe mental illness: An instrument*. Academisch proefschrift. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.
- O'Carroll, R.E., Smith, K., Couston, M., Cossar, J.A., & Hayes, P.C. (2000). A comparison of the WHOQOL-100 and the WHOQOL-Bref in detecting change in quality of life following liver transplantation. *Quality of Life Research*, 9, 121-124.
- Orsel, S., Akdemir, A., & Dağ, I. (2002). The sensitivity of Quality of Life Scale WHOQOL-100 to psychopathological measures in schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 45, 57-61.
- Orley, J., & Kuyken, W. (Red.). (1994). *Quality of life: International perspectives*. Berlin: Springer-Verlag.
- Priebe, S., Huxley, P., Knight, S., & Evans, S. (1999). Application and results of the Manchester Short Assessment of quality of life (MANSA). *International Journal of Social Psychiatry*, 45, 7-12.
- Rezaki, M.S., Özgen, G., & Kaplan, I. (1995). Results from the Ankara centre. In T.B. Üstün & N. Sartorius (Red.), *Mental illness in general health care: An international study* (pp. 39-55). Chichester: Wiley.
- Richters, J.M. (1994). *Psychiatrische classificering en geestelijke gezondheid: Een feministische- antropologische kritiek*. Symposium Seksespecifieke hulpverlening aan vrouwen in de psychiatrie. Vogelenzang. 30 september 1994.
- Richters, J.M. (1996). Medische en psychiatrische antropologie: Een terreinverkenning. In J. de Jong & M. van den Berg (Red.), *Transculturele psychiatrie en psychotherapie. Handboek voor hulpverlening en beleid* (pp. 71-85). Lisse: Swets & Zeitlinger Publishers.
- Rohlof, H., & Groen, S. (2010). De Cultural Formulation of Diagnosis. In J. de Jong & S. Colijn (Red.), *Handboek Culturele psychiatrie en psychotherapie* (pp. 367-380). Utrecht: De Tijdstroom.
- Roukema, J.A., & Vries, J. de (2006). *Lichaam en geest: Samenspel*. Inaugurele rede. Tilburg: Universiteit van Tilburg.
- Schag, C.A.C., Ganz, P.A., & Kahn, B. (1992). Assessing the needs and quality of life of patients with HIV infection: Development of the HIV Overview of Problems Evaluation System (HOPES). *Quality of Life Research*, 1, 397-413.

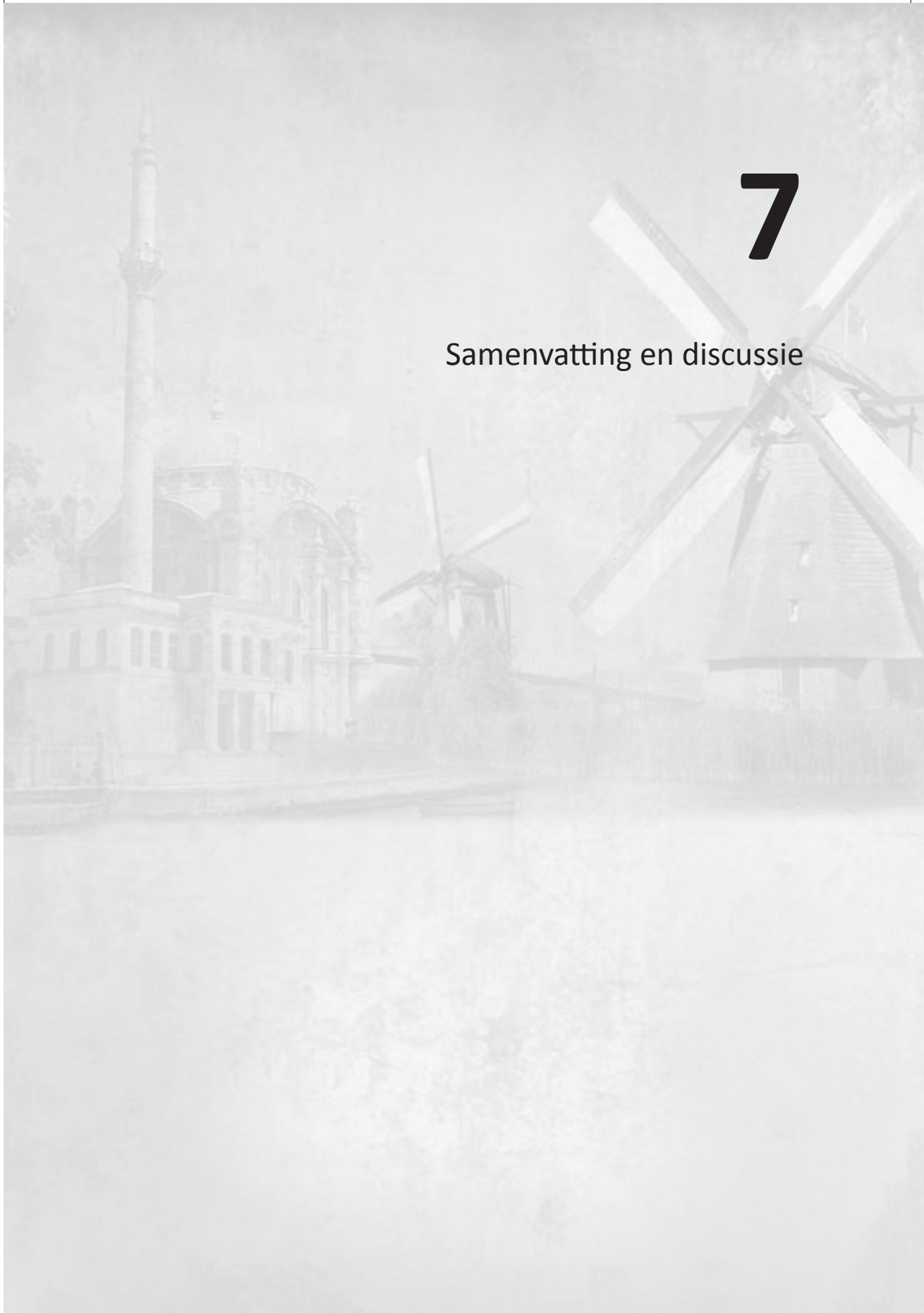
- Schellingerhout, R. (2004). Sociaal-culturele integratie, tevredenheid met het bestaan in Nederland en terugkeergeneigdheid. In R. Schellingerhout (Red.), *Gezondheid en welzijn van allochtone ouderen* (pp. 79-103). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Schneier, F.R. (1997). Quality of life in anxiety disorders. In H. Katschnig, H. Freeman, & N. Sartorius (Red.), *Quality of life in mental disorders* (pp. 149-164). Chichester: Wiley.
- Schipper, H., Clinch, J., & Powell, V. (1990). Definitions and conceptual issues. In B. Spilker (Red.), *Quality of life assessments in clinical trials* (pp. 11-24). New York, NY: Raven Press.
- Simon, E.S. (2003). Social and economic burden of mood disorders. *Biological Psychiatry*, 54, 208-215.
- Skevington, S.M. (1998). Investigating the relationship between pain and discomfort and quality of life, using the WHOQOL. *Pain*, 76, 395-406.
- Skevington, S.M., & Wright, A. (2001). Changes in the quality of life of patients receiving antidepressant medication in primary care: Validation of the WHOQOL-100. *British Journal of Psychiatry*, 178, 261-267.
- Spijker, J. (2006). Lichamelijke activiteit. In D.G. Uitenbroek, J.K. Ujcic-Voortman, A.P. Janssen, P.J. Tichelman, & A.P. Verhoeff (Red.), *Gezond zijn en gezond leven in Amsterdam* (pp. 121-130). Gezondheidsonderzoek 2004. Amsterdam: GGD Amsterdam.
- SPSS version 12.0. (2004). Chicago, IL: SPSS Inc.
- Spilker, B. (1990). *Quality of life assessments in clinical trials*. New York, NY: Raven Press.
- Stewart, A.L., Hays, R.D., & Ware, J.E. (1988). The MOS Short-form General Health Survey: Reliability and validity in a patient population. *Medical Care*, 26, 724-735.
- Testa, M.A. (1987). Quality of life during antihypertensive therapy: Techniques for clinical assessment and evaluation. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 23, 9S-13S.
- Thomaes, K. (1994). *Turkse vrouwen aan het woord. Een onderzoek naar ziekteverklaringen en hulpzoekgedrag met betrekking tot geestelijke gezondheidsproblemen bij Turkse vrouwen in Maastricht*. Maastricht: Riagg Maastricht.
- Thung, F.H. (2000). Geestmodellen en modelgeesten. Verklarende modellen in de transculturele psychiatrie. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 55, 528-539.
- Trompenaars, F.J., Masthoff, E.D.M., Heck, G.L. van, Hodiamont, P.P.G., & Vries, J. de (2005a). Content validity, construct validity, and reliability of the WHOQOL-Bref in a population of Dutch adult psychiatric outpatients. *Quality of Life Research*, 14, 151-160.

- Trompenaars, F.J., Masthoff, E.D.M., Heck, G.L. van, Hodiamont, P.P.G., & Vries, J. de (2005b). Relationships between demographic variables and quality of life in a population of Dutch adult psychiatric outpatients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40, 588-594.
- Trompenaars, F.J., Masthoff, E.D.M., Heck, G.L. van, Hodiamont, P.P.G., & Vries, J. de (2006). The WHO Quality of Life Assessment Instrument (WHOQOL-100): Investigating its discriminant ability for psychiatric outpatients. *European Journal of Psychological Assessment*, 22, 207-215.
- Tuik (Türkiye İstatistik Kurumu /Turks Centraal Bureau voor Statistiek) (2006). *Aile yapısı araştırması 2006* [Onderzoek naar de familiestructuur]. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu.
- Tuynman-Qua, H., Jonghe, F. de, McKenna, S., & Hunt, S. (1992). *Schaal voor de meting van de kwaliteit van het leven bij depressie*. Houten: Ibero Publikaties.
- Uitenbroek, D.G. (2006). Welzijn. In D.G. Uitenbroek, J.K. Ujcic-Voortman, A.P. Janssen, P.J. Tichelman, & A.P. Verhoeff (Red.), *Gezond zijn en gezond leven in Amsterdam. Amsterdamse Gezondheidsmonitor* (pp. 99-105). Gezondheidsonderzoek 2004. Amsterdam: GGD Amsterdam.
- Utsey, S.O., Chae, M.H., Brown, C.F., & Kelly, D. (2002). Effect of ethnic group membership on ethnic identity, race-related stress, and quality of life. *Cultural Diversity & Ethnic Minority Psychology*, 8, 366-377.
- Veenhoven, R. (2000). The four qualities of life. Ordering concepts and measures of the good life. *Journal of Happiness Studies*, 1, 1-39.
- Vertommen, H. (1989). De McGill Pain Questionnaire anno 1988. In W.A. van der Kloot & H. Vertommen (Red.), *De MPQ-DLV, een standaard Nederlandstalige versie van de McGill Pain Questionnaire: Achtergronden en handleiding* (pp. 9-12). Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Vos, G.A. de (1995). Ethnic pluralisme: Conflict and accommodation. The role of ethnicity in social history. In L. Romanucci-Ross & G. de Vos (Red.), *Ethnic identity. Creation, conflict, and accommodation* (pp. 15-47). (3<sup>th</sup> ed.). Walnut Creek, CA: AltaMira Press.
- Vries, H.H. de, & Berg, R.H. van den (2002). *Handleiding aanvullende instrumenten inburgeringsonderzoek*. Den Haag: Taskforce Inburgering.
- Vries, J. de (1996). *Beyond health status. Construction and validation of the Dutch WHO Quality of Life assessment instrument*. Academisch proefschrift. Tilburg: Universiteit van Tilburg.
- Vries, J. de, & Heck, G. L. van (1994). The assessment of quality of life in refugees. In J. Orley & W. Kuyken (Red.), *Quality of life assessment: International perspectives* (pp. 161-175). Berlin: Springer-Verlag.

- Vries, J. de, & Heck, G.L. van (1995). *De Nederlandse versie van de WHOQOL-100*. Tilburg: Universiteit van Tilburg.
- Vries, J. de, & Heck, G.L. van (1996). *De Nederlandse versie van de WHOQOL-Bref*. Tilburg: Universiteit van Tilburg.
- Vries, J. de, & Heck, G.L. van (1997). The World Health Organisation Quality of Life assessment instrument (WHOQOL-100): Validation study with the Dutch version. *European Journal of Psychological Assessment*, 13, 165-178.
- Vries, J. de, Heck, G.L. van, & Drent, M. (1999). Gender differences in sarcoidosis: Symptoms, quality of life, and medical consumption. *Women and Health*, 30, 99-114.
- Walker, S.R., & Rosser, R.M. (1988). *Quality of life: Assessment and application*. Lancaster: MTP Press.
- Walsh, R., & Shapiro, D. (1983). *Beyond health and normality: Explorations of exceptional psychological well-being*. New York, NY: Nostrand Reinhold.
- Ware, J.E., Kosinski, M., & Keller, S.D. (1998). *How to score the SF-12 Physical and Mental Health summary scales*. Lincoln, NE: Quality Metric Incorporated.
- Weel, C. van (1993). Functional status in primary care: COOP/WONCA charts. *Disability and Rehabilitation*, 15, 96-101.
- WHO (1997). *The World Health Organization Quality of Life Instruments*. Geneva: World Health Organization, Division of Mental Health and prevention of Substance Abuse.
- WHOQOL Group (1994). The development of the World Health Organization Quality of Life Assessment instrument (the WHOQOL). In J. Orley & W. Kuyken (Red.), *Quality of life assessment: International perspectives* (pp. 41-60). Berlin: Springer-Verlag.
- WHOQOL Group (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organisation. *Social Science and Medicine*, 41, 1569-1585.
- WHOQOL Group (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-Bref Quality of Life assessment. *Psychological Medicine*, 28, 551-558.
- Wolleswinkel- van den Bosch, J.H., Hoeymans, N., & Treurniet, H.F. (2001). *Kwaliteit van leven in de VTV, een haalbaarheidsstudie voor acht ziekten*. Bilthoven: RIVM- Pallas.
- Yilmaz, A.T., & Weiss, M.G. (2000). Cultural formulation: Depression and back pain in a young male Turkish immigrant in Basel, Switzerland. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 24, 259-272.
- Zee, K.L. van der, & Sanderman, R. (1993). *Het meten van de gezondheidstoestand met de RAND-36: Een handleiding*. Groningen: Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken.

# 7

## Samenvatting en discussie

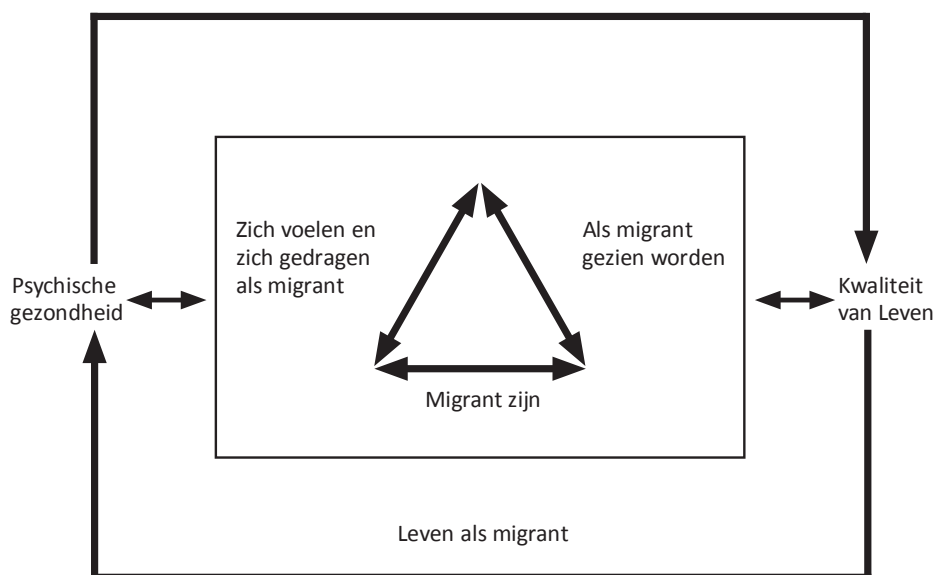




## 7.1 Conceptueel kader

In dit proefschrift hebben we getracht om duidelijkheid te verschaffen over drie onderwerpen: de beleving van migrant zijn, de psychische gezondheid en de Kwaliteit van Leven van Turken in Nederland. We wilden deze drie onderwerpen en de wisselwerking daartussen exploreren bij Turken in Nederland.

Dit soort onderzoek kan niet los worden gezien van haar complexe theoretisch-conceptuele achtergrond (Kortmann, 2003) met thema's uit de kerndisciplines van de psychiatrie en psychologie, alsmede de antropologie, sociologie, filosofie, et cetera. Deze complexiteit hebben we opgevat als een uitdaging. We gingen ervan uit dat het leven als migrant en het kernthema 'de beleving van migrant zijn' nauw verbonden zijn met psychische gezondheid en Kwaliteit van Leven (Zie Figuur 7.1). Er is sprake van een constante wisselwerking tussen deze verschillende determinanten, onderling en in transactie met andere aspecten, niet alleen in het hier en nu, maar ook in verleden en de toekomst (Devillé & Drewes, 2003). Die andere aspecten zijn met name: 'het migrant zijn', 'het als migrant gezien/ benaderd worden' en het 'zich migrant voelen en zich als zodanig gedragen'. Terwijl 'het migrant zijn/leven als een migrant' op zich niet negatief getint hoeft te zijn, is er in de praktijk helaas vaak sprake van een scala aan sociaaleconomische, psychosociale en sociaal-culturele factoren die de problemen in stand houden. Mede hierdoor bestaat in de literatuur de overtuiging dat migranten 'kwetsbaarder zijn' voor het ontwikkelen van psychische stoornissen (De Wit, 2006).



Figuur 7.1. Veronderstelde Samenhang tussen de Context van het Leven als Migrant, Kwaliteit van Leven en Psychische Gezondheid.



## 7.2 Algemene doelstelling

Conform het bovengenoemde conceptuele kader had het huidige onderzoek de volgende algemene doelen: (i) het bestuderen van het beleavingsaspect van het migrant zijn en het ontwikkelen en valideren van een instrument voor het meten van 'de beleving van migrant zijn (VBM)' bij Turken in Nederland, (ii) het in kaart brengen van de psychische gezondheid en de Kwaliteit van Leven van Turken in Nederland. In de desbetreffende hoofdstukken zijn deze algemene doelen nader geconcretiseerd in verschillende subdoelen, vraagstellingen en hypotheses.

## 7.3 De steekproef

Turken vormen, zoals bekend, de meerderheid van de minderheden in Nederland. Het gaat in feite niet om een homogene groep. Daarom hebben we drie verschillende groepen Turkse respondenten onderzocht. Ten eerste: een groep van 204 Turkse respondenten die zich in de periode van 1 februari 2003 tot 31 juli 2005 als cliënt hadden aangemeld bij de GGZ Midden-Brabant te Tilburg (GGZ-a populatie). De tweede groep bestond uit 25 Turkse respondenten die gedurende de onderzoeksperiode al in behandeling waren bij de GGZ Midden-Brabant (GGZ-b populatie). De derde groep bestond uit 200 respondenten van de algemene Turkse populatie (AP) in Nederland. Zoals eerder beschreven, waren deze woonachtig in verschillende plaatsen in Nederland (zie voor uitgebreide informatie Hoofdstuk 1).

We hebben, om de kwaliteit van de analyses te verbeteren, ervoor gekozen om de GGZ-b populatie samen te voegen met de GGZ-a populatie. Daardoor ontstonden voor sommige analyses twee groepen: de GGZ- populatie en een Algemene Populatie van Turken in Nederland (AP). Om na te gaan of het samenvoegen van deze groepen toelaatbaar was, werd onderzocht of deze twee groepen (GGZ-a en GGZ-b) significant van elkaar verschilden qua sociaaldemografische variabelen en relevante uitkomstmaten. Beide groepen verschilden niet van elkaar wat betreft sociaaldemografische variabelen. Vervolgens werd onderzocht of er een verschil in sociaaldemografische variabelen was tussen de totale GGZ- populatie (GGZ-a plus GGZ-b) en de AP. Hier vonden we één significant verschil: de GGZ- populatie bleek namelijk significant lager opgeleid te zijn dan de AP- groep. In de verdere analyses en interpretaties werd hiermee rekening gehouden.

Samengevat: Dit proefschrift is gebaseerd op de resultaten van 429 Turken in Nederland, een GGZ- populatie ( $n=229$ ) en een Algemene Turkse Populatie ( $n=200$ ).

## 7.4 Methodologie

Om onze doelen te realiseren, hebben we gebruik gemaakt van verschillende onderzoeksinstrumenten, zoals de Vragenlijst Biografische Anamnese, de SCAN 2.1, de SCL-90, de SCID- II,

de NEO-PI-R en de WHOQOL-100. Verder is een vragenlijst ontwikkeld voor het meten van 'de beleving van migrant zijn'. De verschillende vragenlijsten zijn niet bij iedere onderzoeksgroep afgenomen. Om onderzoekstechnische en instellingsgebonden redenen hebben we de SCAN 2.1., de SCID-II en de NEO-PI-R alleen af kunnen nemen bij de GGZ-a populatie. In ieder hoofdstuk is uitgebreid ingegaan op de werving van de respondenten, de dataverzameling en de onderzoeksinstrumenten.

## 7.5 Reflectie op de gevonden onderzoeksresultaten

### 7.5.1 De achtergrondkenmerken van de steekproef

Wat betreft de achtergrondkenmerken van de totale onderzoeksgroep ( $N=429$ ) werd met betrekking tot *demografische kenmerken*, zoals sekse, leeftijd, burgerlijke staat en het hebben van kinderen, het volgende gevonden. De steekproef bestond grotendeels uit vrouwelijke respondenten (61%), ook bij de drie afzonderlijke groepen. De meerderheid bestond uit mensen in de leeftijdscategorie 31-45 jaar; 81% procent van onze steekproef was getrouwd en 83% had kinderen. Verder bleek de steekproef iets hoger opgeleid dan groepen Turkse deelnemers aan andere in de literatuur beschreven onderzoeken.

Wat betreft de *sociaaleconomische kenmerken* werd informatie verzameld over opleidingsniveau, woonplaats in Turkije vóór de migratie naar Nederland, binnenlandse migratie-ervaring in Turkije, verblijfsduur in Nederland, redenen voor migratie naar Nederland, niveau van beheersing van de Nederlandse taal, niveau van beheersing van de Turkse taal en huidig werk. De meerderheid van de respondenten kwam uit een grote stad in het land van herkomst en had geen binnenlandse migratie-ervaring vóór de komst naar Nederland. De categorie 21-25 jaar scoorde het hoogst, als het gaat om de verblijfsduur in Nederland. De meerderheid was naar Nederland gekomen vanwege gezinshereniging. Het niveau van de Nederlandse taal was redelijk hoog, evenals hun Turkse taalniveau. Bijna twee derde van de respondenten had geen werk tijdens de onderzoeksperiode. Dit percentage was opvallend hoog bij de GGZ- populaties (GGZ-a: 73.5% en GGZ-b: 80%).

Wat betreft de *sociaal-culturele kenmerken* is de onderzoekspopulatie ondervraagd over het hebben van familie en een vertrouwenspersoon in Nederland, contacten met Nederlanders, ervaringen met discriminatie, activiteiten voor spanningsreductie, religieuze kenmerken, zoals geloof, praktiseren van geloof, bidden, gevoel van onderdrukking vanwege geloof, geloof in traditionele geneeswijzen, wensen ten aanzien van land/ plaats om de toekomst/ de oudedag door te brengen. Meer dan twee derde bleek familie en een vertrouwenspersoon te hebben in Nederland. Wat betreft het hebben van contacten met Nederlanders bleek een derde redelijk tot vrij nauwe contacten te onderhouden. Voor 50% bleek dit in gemiddelde mate het geval te zijn. Tevoren hadden we lage percentages

verwacht. Verder had bijna twee derde ervaring met discriminatie. Het valt op dat 91% van de respondenten iets onderneemt met het oog op spanningsreductie: daarvan zoekt 40% dit in de vorm van 'agressief ontspannen'. Het geloof is een belangrijk gegeven: 92% is gelovig. Onder de niet-gelovigen vormen de mannen de meerderheid. Van de gelovigen praktiseert slechts een derde het geloof 'vaak'. Opmerkelijk is ook dat de AP- groep iets meer praktiserend bleek te zijn dan de GGZ- populatie. Men kan zich afvragen of dit betekent dat de GGZ- populatie ziek is geworden, omdat ze minder praktiseerden of dat ze minder praktiseerden vanwege hun ziekte, of dat de AP- groep niet zo ziek was omdat ze meer praktiseerden. De respondenten gaven voor meer dan de helft aan zich onderdrukt te voelen in Nederland vanwege hun geloof. Net als de meeste Turken in Nederland, wil 70% van de respondenten hun toekomst/ oude dag liever in Turkije doorbrengen. Dit percentage is bijna hetzelfde, als het gaat om het land waarin de laatste levensdagen doorgebracht zullen worden (73%). Dit geldt niet voor de vrouwelijke respondenten, want die willen liever in Nederland blijven.

Wat betreft *gedachten en gevoelens ten aanzien van Turkije* valt het op dat het bezoeken van Turkije een belangrijk onderwerp is voor onze respondenten. Bijna een derde van hen gaat jaarlijks naar Turkije. Wat dit betreft, zijn er vrij grote verschillen tussen de drie onderzoeksgroepen. Vooral de GGZ- b populatie scoorde op dit punt vrij laag. Dit gold ook voor 'zich op zijn/haar gemak voelen in Turkije'.

Over de *gedachten en gevoelens ten aanzien van Nederland* rapporteert twee derde van de respondenten dat zij tevreden zijn met hun leven in Nederland. De GGZ- a populatie is het minst tevreden. De mensen die rapporteerden ontevreden te zijn met het leven in Nederland, klaagden het meest over het niet hebben van een goed sociaal leven. Ze gaven aan een saai leven te hebben en spraken over hun isolement en relatieproblemen. Economische redenen, luxe, een goed en georganiseerd leven, etc. bleken redenen te zijn voor tevredenheid. Verder hadden de respondenten hoge verwachtingen wat betreft materiële zaken en het hebben van een beter leven in Nederland. Toch maakten de meeste respondenten zich zorgen over hun toekomst in Nederland.

## 7.5.2 De beleving van migrant zijn

Hoofdstuk 3 is een theoretisch hoofdstuk, waarin het belevingsaspect uitgebreid onder de loep is genomen. In eerste instantie werd 'emotie' nader bestudeerd in termen van de oorsprong, de verschillende soorten, de invloed van de cultuur, et cetera. Daarna kwam de relatie tussen emoties en beleving aan de orde, alsmede de wisselwerking met gedrag. Verder werd het belevingsaspect bij migranten aan de orde gesteld. In dit kader werd aandacht besteed aan acculturatieprocessen, niet alleen vanuit psychologische, maar ook vanuit antropologische en sociologische invalshoek. Tenslotte werden zowel positieve als negatieve (emotionele) kanten van migratie beschreven.

Concluderend kan worden gezegd dat iedere migrant een eigen manier van denken, voelen en omgaan heeft met betrekking tot zijn/haar leven als migrant. Om dit weer te geven, hebben we een continuüm voorgesteld dat uit twee assen bestaat: *soort beleving* (negatief/verlies en positief/aanwinst) en *inhoud van de beleving* (materieel en immaterieel). Een slotconclusie is dat het leven als migrant veel negatieve kanten heeft en eerder negatief dan positief ervaren wordt.

### 7.5.3 De beleving van migrant zijn van Turken in Nederland

In Hoofdstuk 4 werd de ontwikkeling van een vragenlijst beschreven die gericht is op het meten van het belevingsaspect van Turken in Nederland als migrant.

De beleving van 'migrant zijn' is een relatief onbekend onderwerp in de literatuur. Dit was dan ook de reden voor de bestudering van dit aspect. Daartoe werd eerst stilgestaan bij wat in de literatuur bekend is over het belevingsaspect en met name de relatie tussen gedachten, gevoelens en gedrag. Ook het belevingsaspect bij migranten in het algemeen en bij Turken in het bijzonder kwam aan de orde.

Vervolgens kwam het proces van het ontwikkelen van een vragenlijst aan de orde, 'de Vragenlijst Beleving van Migrant zijn' (VBM). Het ontwikkelingstraject kende verschillende fases: voortraject, gebruik van adviesgroep/expertpanel, tweede, derde, vierde ronde, et cetera. Het resultaat van dit traject was een vragenlijst met 90 gesloten en 5 open vragen, die werd afgenomen bij de gehele steekproef ( $N=429$ ). Hoofdstuk 4 bevat de uitkomsten van de factor analyse en betrouwbaarheidsanalyses, alsmede een nadere beschrijving van de schalen, op grond van de literatuur. Zo ontstonden de volgende vijf schalen die het belevingsaspect van Turken in Nederland meten: I. Gevoel van Afwijzing en Gebrek aan Acceptatie; II. Verlieservaringen, Verwarring en Onzekere Identiteiten; III. Oriëntatie op het land van Herkomst en Gerichtheid op het Verleden; IV. Onderling Wantrouwen en Achterdocht en Loyaliteitsconflict, Distantiëren van Landgenoten; V. Verrijking, Uitdaging en Tevredenheid.

Niet onvermeld mag blijven dat deze factoren merendeels negatief getint zijn en er sprake is van onderliggende contrasten. Hierbij valt te denken aan het feit dat Turken in Nederland wel gericht zijn op Turkije, maar niet op landgenoten in Nederland.

In het kader van de validatie van de VBM kwamen de verschillen tussen de GGZ-populatie en de Algemene Populatie van Turken in Nederland en die tussen mannelijke en vrouwelijke respondenten, aan bod, alsmede verschillen die gerelateerd zijn aan psychiatrische diagnoses. De GGZ-populatie bleek significant hoger te scoren dan de AP-groep op de schalen die afwijzing en gebrek aan acceptatie, identiteit en controleverlies en onderling wantrouwen meten. Dit is te begrijpen, omdat deze factoren vrij negatief geladen zijn. Verder scoorden mannen significant hoger dan vrouwen op de schalen 'Afwijzing' (schaal I) en 'Vaderland' (schaal III). Dit is conform eerdere constatering, zoals onder andere blijkt uit de hoge scores van mannen voor wat betreft de remigratiewens naar Turkije.

Uiteraard werden de correlaties tussen de VBM- schalen en de NEO- schalen, de VMB- schalen en de WHOQOL- domeinen, de VBM- schalen met de SCL-90- schalen voor zowel GGZ- populatie als de AP beschreven. Ook werd aandacht besteed aan de analyses en de mogelijke relaties tussen de VBM en As- I en As- II- problematiek. Al met al wordt duidelijk dat de Turken, die migratie als een verlies ervaren, identiteitsproblemen hebben, (zoals: Wat/wie ben ik? Ben ik een Turk, een Nederlander ? etc.) en dat degenen die teveel waarde hechten aan Turkije een slechtere algemene gezondheid en Kwaliteit van Leven hebben. Verder wordt duidelijk dat de Turken die het leven in Nederland als verlies ervaren, ook identiteitsproblemen en een slechte gezondheid hebben, zowel psychisch als lichamelijk. Aan de andere kant heeft de psychische gezondheid duidelijk te maken met de relatie tussen Turken onderling. Turken die onderling problemen hebben, elkaar wantrouwen, loyaliteitsconflicten hebben en afstand van elkaar nemen, bleken een slechtere gezondheid te hebben. Dit verband is ook te merken bij de Turken die een gevoel hebben van afwijzing en niet-geaccepteerd worden door de autochtonen en meer op Turkije gericht zijn. Kortom: het zijn die Turken die zich in Nederland een 'migrant' voelen, die zowel een slechtere gezondheid hebben als een slechtere Kwaliteit van Leven.

Om te onderzoeken of de psychische klachten van Turkse cliënten te voorspellen zijn op basis van geslacht, leeftijd, de beleving van migrant zijn en persoonlijkheidskenmerken werden regressieanalyses uitgevoerd met als afhankelijke variabele het wel of niet hebben van een psychiatrische diagnose en als onafhankelijke variabelen geslacht, leeftijd, de VBM- schalen en de NEO- domeinen. Het feit een Turkse vrouw te zijn, bleek een significante predictor voor het hebben van een psychische stoornis in het algemeen en voor een depressieve stoornis met vitale kenmerken en een gegeneraliseerde angststoornis in het bijzonder. Ook bleek dat Turkse vrouwen neurotischer zijn dan Turkse mannen.

Verder zijn scores op de VBM onderzocht in relatie tot en As- II. Als er onderscheid wordt gemaakt tussen mensen die wel een diagnose op As-II hebben en mensen die geen diagnose op As-II hebben, blijkt het verschil tussen mannen en vrouwen niet significant voor personen met een As-II- diagnose, maar wel significant voor personen zonder een As-II- diagnose. Bij mensen die geen As-II- diagnose hadden, scoorden mannen significant hoger dan vrouwen op VBM- Vaderland en vrouwen significant hoger dan mannen op VBM- Verrijking. Dit zou kunnen betekenen dat vrouwen en mannen met persoonlijkheidsproblematiek geen verschil in verrijking ervaren, maar dat vrouwen bij afwezigheid van persoonlijkheidsproblematiek wel meer verrijking ervaren.

De VBM kan het beleavingsaspect van het migrant zijn van Turken in Nederland meten en kan beschouwd worden als een goede graadmeter voor de gevoelswarmte van Turken voor hun leven in Nederland.

## 7.5.4 De psychische gezondheid van Turken in Nederland

De psychische gezondheid van Turken is uiteengezet in Hoofdstuk 5. Aangezien migranten zich in een langdurige overgangsfase bevinden, zijn ze kwetsbaar voor het ontwikkelen van psychische klachten. Er zijn verschillende theorieën en modellen geopperd ter verklaring van dit fenomeen. In essentie betreffen deze het ervaren ziektebeeld, de ziektebeleving, de uiting van de ziekte, het hulpzoekgedrag, et cetera (Hodiamont, Peer, & Heydendaal, 1986; De Jong, 1996; Kortmann, 1995). Het gaat ook om kernfuncties van medische systemen en de gezondheidszorg (Borra, 2002; Richters, 1996; Thomaes, 1994). Geconstateerd werd dat Turken in Nederland een ander soort ziektebeleving en ziektegedrag hebben (vooral met betrekking tot lichamelijke ziektes) dat zich uit op verschillende manieren in de verschillende fases van het ziek zijn. Cultuur en religie spelen daarbij een belangrijke rol. In feite gaat het om de As-I- stoornissen volgens de DSM IV- TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) die we gemeten hebben met behulp van de Schedules for the Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN 2.1) ( $n=204$ ) en de Symptoom Checklist- 90 (SCL-90) ( $N=429$ ). Voordat een klinische diagnose gesteld wordt, is uitgebreid aandacht besteed aan de ervaren klachten van de respondenten.

### 7.5.4.1 As- I-stoornissen

De psychiatrische stoornissen bij Turken hebben we het meest diepgaand kunnen onderzoeken bij de GGZ- a populatie ( $n=204$ ) bij wie we de SCAN 2.1 konden gebruiken. Wat betreft de klinische diagnose bij de GGZ-a populatie werd gevonden dat 67% voldeed aan een As-I-diagnose volgens de SCAN 2.1 en dat dit percentage 80% was, wanneer naast de SCAN 2.1 de DSM-IV-TR werd gehanteerd. Er werden in totaal 336 As-I- diagnoses gesteld, die uit 51 verschillende soorten klachten bestonden. Hierbij scoorden stemmingsstoornissen het hoogst, gevolgd door angststoornissen en slaapstoornissen. De vrouwelijke respondenten hadden significant vaker een SCAN 2.1-diagnose dan mannen. De diagnose 'somatoforme stoornissen' kwam weinig voor bij de GGZ- a populatie. Deze bevindingen contrasteren met het algemene (voor)oordeel dat migranten vaker (psycho) somatiseren. Deze bevindingen en bedenkingen zijn ook geldig voor het optreden van relatieproblemen. Hier gaat het om de vraag in hoeverre de Westerse (ook in Turkije gebruikte) diagnostische instrumenten bruikbaar zijn bij migranten.

Het is de vraag of dit ligt aan de veranderingen die migranten ondergaan, waardoor ook hun psychopathologie aan het veranderen is en zij steeds meer voldoen aan de Westerse diagnostische criteria, of dat de onderzoekers proberen hen in te passen in zulke diagnostische criteria! Deze vragen zouden verder uitgezocht en beantwoord moeten worden in toekomstig onderzoek.

Voor de hand ligt de vraag waarom 20% - 30% van de GGZ-populatie geen diagnose

heeft gekregen. Daarvoor zijn diverse verklaringen te bedenken. Het zou kunnen zijn dat er sprake is van discrepantie tussen ziektebeleving en diagnose of tussen ziektebeleving en de verwijzing door de huisarts (een te vroege of een ten onrechte verwijzing). Wij vinden in ieder geval dat er meer tijd uitgetrokken moet worden voor migranten tijdens de intakes, zowel door de huisarts als door de GGZ.

Naast gegevens betreffende As-I SCAN-2.1- diagnoses bij de GGZ- a populatie zijn er ook analyses uitgevoerd voor de hele steekproef ( $N=429$ ). Hier hebben we gebruik gemaakt van de Symptoom Checklist- 90 (SCL-90) en de scores vergeleken voor de drie afzonderlijke groepen en voor mannen en vrouwen onderling. Wat betreft de 'diagnose' op basis van SCL-90 scoorden de GGZ- a populatie en de GGZ- b populatie significant hoger (ongezonder) op Psychoneuroticisme dan de AP. Dit was ook het geval voor alle afzonderlijke subschalen van de SCL-90. Verder scoorden vrouwelijke respondenten significant hoger (ongezonder) dan mannen. Daarbij valt op dat de Turkse respondenten significant hoger (ongezonder) scoorden op de SCL-90 dan corresponderende autochtone SCL- normeringsgroepen. De scores op de SCL-90 van de AP- groep waren zelfs nog hoger dan de vergelijkbare scores van de autochtone psychiatrische populatie. Zou dit betekenen dat Nederlandse Turken neurotischer van aard zijn? Of is het meer een weerspiegeling van de migratie en vooral van de beleving daarvan?

#### 7.5.4.2 As- II-stoornissen

Naast de As- I-stoornissen werd ook aandacht besteed aan de As- II- stoornissen: de persoonlijkheidsproblematiek. Zoals bekend, zijn de termen 'persoon', 'persoonlijkheid', 'karakter', 'identiteit', 'ik', 'zelf', etc., geen eenduidige begrippen. Bij stoornissen van de persoonlijkheid is daarentegen sprake van een grote culturele betrekkelijkheid (Paris, 1998). In de literatuur werden allerlei verbanden gelegd tussen migratie en persoonlijkheid (Grinberg & Grinberg, 1990; Kamperman, 2005; Lee, McCauley, & Draguns, 1999; De Vos, 1975).

De persoonlijkheid werd onderzocht door middel van de NEO-PI-R. Nagegaan werd of er significante verschillen waren tussen de mannelijke en vrouwelijke respondenten. Dit bleek niet het geval te zijn, met uitzondering van het feit dat vrouwen hoger scoorden dan mannen op de Altruïsme-schaal. Verder werden ook diverse significante correlaties gevonden tussen persoonlijkheid en Kwaliteit van Leven en tussen persoonlijkheid en lichamelijke en psychische klachten. Zorgvuldigheid bleek bijvoorbeeld duidelijk samen te hangen met een betere Kwaliteit van Leven en een grotere tevredenheid met de sociale en fysieke omgeving. Turken die gekenmerkt worden door eigenschappen als bedachtzaamheid, doelmatigheid, ordelijkheid en een grote mate van zelfdiscipline, schatten zelf hun psychische gezondheid hoger in dan Turken die deze karakteristieken in mindere mate hebben. Ook ten aanzien van extraversie werden betekenisvolle relaties gevonden. Hartelijke, sociabele, energieke, avontuurlijke, dominante, vrolijke Turken waren beduidend positiever over hun Kwaliteit van Leven in het algemeen en hun leefomgeving, sociale relaties en lichamelijke en psychische

gezondheid in het bijzonder. Neuroticisme gaf eveneens duidelijke associaties te zien. Overeenkomstig de resultaten van ander onderzoek, bleken de meer angstige, impulsieve, kwetsbare Turken met neiging tot neerslachtigheid, merkbaar negatiever te zijn over hun gezondheid en omgeving en hun daarmee verbonden Kwaliteit van Leven. Turken die meer openstaan voor nieuwe ervaringen in Nederland tenslotte, rapporteerden eveneens een hogere Kwaliteit van Leven.

Altruïstische Turken beschreven zichzelf als minder wantrouwig en vijandig. Zorgvuldigheid correleerde negatief met een algemene maat voor psychisch disfunctioneren, angst, agorafobie, depressie, insufficiëntie, wantrouwen en vijandigheid. Eenzelfde patroon werd gevonden voor introverte en neurotische Turken. Een grotere openheid voor nieuwe gevoelens, ideeën en gedragingen bleek niet samen te hangen met psychisch en lichamelijk welzijn.

Tenslotte: als de gemiddelde scores van onze GGZ- a populatie op basis van de schalen van NEO-PI-R vergeleken worden met de scores van de autochtone Nederlandse psychiatrische populatie (Hoekstra, Ormel, & De Fruyt, 1996), valt op dat de Nederlandse psychiatrische populatie qua persoonlijkheidskenmerken meer altruïstisch, open en extravert is dan Turkse psychiatrische populatie. Verder zijn deze twee populaties even zorgvuldig en zijn de Nederlandse vrouwen iets meer neurotisch dan Turkse vrouwen en Turkse mannen meer neurotisch dan Nederlandse mannen.

Wat betreft de persoonlijkheidspathologie hebben we rekening houdend met de argumenten, kanttekeningen en kritieken bij de Westers georiënteerde classificatie van psychiatrische stoornissen op basis van het DSM- systeem (Hellings, 1994; Knipscheer, May, Schouten, & Kleber, 2005), bij de GGZ- a populatie gebruik gemaakt van the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis-II Personality Disorders (SCID- II). De volgende gegevens zijn interessant. Wat betreft de As-II- diagnose voldeed bijna een derde van de GGZ-a populatie aan een diagnose op basis van de SCID-II. Hierin zijn de Turkse vrouwen oververtegenwoordigd (36%). Verder had 61% één persoonlijkheidsstoornis en had de rest meerdere persoonlijkheidsstoornissen. De obsessief-compulsieve persoonlijkheidsstoornis kwam het vaakst voor (12.9%). Depressieve persoonlijkheidsstoornissen kwamen het meest voor bij vrouwen. Daarentegen kwam de passief- agressieve persoonlijkheid vaker bij mannen voor. Met dergelijke percentages scoort de in het huidige onderzoek onderzochte populatie lager dan autochtone Nederlanders wat betreft de prevalentie van persoonlijkheidsstoornissen. Immers, de geschatte prevalentie van persoonlijkheidsstoornissen is bij de algemene Nederlandse autochtone populatie 13.5% (Soeteman, Verheul, & Busschbach, 2008) en bij de poliklinische populatie 60.4%.



### 7.5.4.3 De relatie tussen As- I-stoornissen en As- II-stoornissen

Geconstateerd kan worden dat 18% van de GGZ- a populatie zowel een As-I-diagnose (SCAN 2.1) als een As-II-diagnose (SCID- II) had en dat 11% geen van beide diagnoses had. Verder bestond er geen significante relatie tussen het hebben van een As-I-diagnose en het hebben van een As-II-diagnose.

## 7.5.5 De Kwaliteit van Leven van Turken in Nederland

### 7.5.5.1 Ervaren algemene gezondheid

De ervaren algemene gezondheid van de GGZ- populatie blijkt significant slechter dan die van de Algemene Populatie van Turken in Nederland. Deze verschillen zien we ook tussen mannen en vrouwen: vrouwen in de hele steekproef scoorden slechter op deze maat. Hetzelfde beeld geldt ook voor AP-groep en de GGZ- populatie afzonderlijk. Wat betreft de klachten die respondenten tot nu toe in hun leven hebben gehad, kwamen psychiatrische klachten het meest voor, gevolgd door haematologische klachten. Ten aanzien van de huidige klachten/ ziekten valt op dat psychiatrische klachten na de categorie tractus locomotorius als klachtencategorie op de tweede plaats komen.

### 7.5.5.2 De Kwaliteit van Leven van Turken in Nederland

In Hoofdstuk 6 hebben we het begrip ‘Kwaliteit van Leven’(KvL), de pogingen om dit te meten en de rol van de WHOQOL-groep hierin beschreven. Na de nodige betrouwbaarheidsanalyses van de WHOQOL-100, hebben we de vergelijkingen tussen de GGZ- populatie en de Algemene Turkse populatie weergegeven. De AP- groep scoorde significant hoger/beter dan de GGZ- populatie wat betreft algemene Kwaliteit van Leven en de specifieke domeinen van de WHOQOL-100. Mannen scoorden significant hoger/beter dan vrouwen op het domein Psychische Gezondheid. Op de andere KvL-domeinen waren er geen significante verschillen tussen mannen en vrouwen. Wel werden enige verschillen gevonden met betrekking tot enkele facetten daarbinnen. Ook werd geconstateerd dat het wel of niet hebben van een diagnose op As- I (op basis van de SCL-90) geen invloed heeft op de scores van de WHOQOL-100. Dit geldt zowel voor de GGZ- populatie als de AP.

Evenals de scores van SCL-90 vertoonden ook de scores van de WHOQOL-100 noemenswaardige verschillen tussen onze respondenten en de autochtone respondenten. De gemiddelde Algemene WHOQOL- score van de autochtone Algemene Nederlandse populatie (De Vries, 1996) is hoger dan de scores van onze Turkse populatie. Dit zien we ook met betrekking tot de scores van de GGZ- populaties die onderzocht werden in Trompenaars, Masthoff, Van Heck, Hodiament, & De Vries (2006). Binnen de in deze laatstgenoemde studie

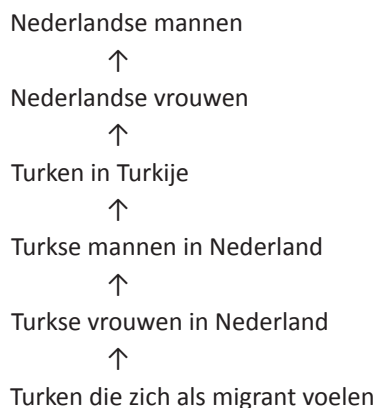
onderzochte vier soorten GGZ- populaties varieerden de scores tussen 12.9 en 9.6. De laagste score (9.6) is de score van de cliënten die zowel op As- I als op As- II een diagnose hadden. Deze score komt vrijwel overeen met de score van onze GGZ- populatie (9.27). Kortom, het is duidelijk dat de Kwaliteit van Leven van Turken in Nederland slechter is dan die van autochtone Nederlanders.

## 7.6 Algemene conclusies en aanbevelingen: ergens thuis?

Op basis van zowel onze bevindingen als de literatuur mogen we constateren dat:

- de psychische gezondheid van Turken in Nederland slechter is dan die van autochtone Nederlanders en Turken in Turkije en de positie van Turkse vrouwen nog slechter is dan die van Nederlandse en Turkse mannen.
- de psychische gezondheid van de GGZ- populatie slechter is dan die van de AP en de psychische gezondheid van Turkse vrouwen nog slechter is dan die van Turkse mannen.
- de GGZ- populatie van Turken neurotischer is dan de AP; Turkse vrouwen neurotischer zijn dan de Turkse mannen en Turken in Nederland neurotischer zijn dan autochtone Nederlanders (en zelfs neurotischer dan Turken in Turkije).
- de Kwaliteit van Leven van de GGZ- populatie slechter is dan die van de AP, de Kwaliteit van Leven van Turkse vrouwen slechter is dan die van Turkse mannen en de Kwaliteit van Leven van Turken in Nederland slechter is dan die van de autochtone Nederlanders.
- de GGZ- populaties hoger (slechter) scoorden op de Vragenlijst Beleving van Migrant zijn (VBM) dan de AP en dat in de beide populaties Turkse vrouwen hoger, dus slechter, scoorden dan mannen. Dit betekent dat de GGZ-populatie en Turkse vrouwen meer het gevoel hebben migrant te zijn en meer te kampen hebben met de gevolgen van het migrant zijn.
- de Turken die zich 'migrant' voelen, een slechtere gezondheid en een slechtere Kwaliteit van Leven hebben.

De bovenstaande kan schematisch als volgt worden weergegeven, waarin de meest ongunstige positie op de laagste plaats in het schema staat.



Dit schema weerspiegelt de positie van Turken in Nederland met betrekking tot de (psychische) gezondheid, de Kwaliteit van Leven en de beleving van het migrant zijn in Nederland. Het staat vast dat er een relatie is tussen deze drie factoren, maar de richting van de causaliteit is vooralsnog onduidelijk. Dit dient daarom verder onderzocht te worden.

Migratie en het leven als migrant kunnen in het algemeen zowel positief (verrijking en aanwinst) als negatief (verlies en verarming) ervaren worden. Uit het schema blijkt duidelijk dat Turken in Nederland het leven als migrant in negatieve zin ervaren en bezig zijn met een 'herwortelingsproces'. Afzonderlijke facetten, zoals 'migrant zijn', 'zich voelen en gedragen als migrant' en 'als migrant gezien worden' beïnvloeden de andere determinanten van gezondheid en Kwaliteit van Leven en worden daar op hun beurt door beïnvloed, zo te zien in negatieve zin. De redenen voor die negatieve spiraal dienen verder onderzocht te worden. Mogelijke verbeteringen op deze gebieden zullen naar verwachting positief effect hebben op andere determinanten van gezondheid en Kwaliteit van Leven.

Uit het boven staande blijkt dat het gaat om een multifactorieel gebeuren waarbij migranten zowel als autochtonen, individuen zowel als de maatschappij en materiële zowel als immateriële zaken een rol spelen. Beleidmakers en beleiduitvoerders moeten gaan inzien dat drastische maatregelen nodig zijn om deze negatieve, vicieuze cirkel te doorbreken. Deze constatering is in feite een weergave van de drie bekende A's, die voor deze groep helaas nog steeds van toepassing zijn: Achterstand, Achterstelling en Afstand. Wij vrezen echter dat de achterstelling niet opgeheven wordt, zolang de algemene achterstand op een groot aantal gebieden intact blijft. Zolang de afstand tussen Nederlanders en Turken en tussen Turken onderling en de achterstelling in maatschappelijke zin, niet verkleind of opgeheven wordt, blijft er sprake van 'het leven als migrant' in negatieve zin, met alle gevolgen van dien. Aangezien de Turken de meerderheid vormen van de Nederlandse minderheden en meer dan de helft van hen een jonge generatie vertegenwoordigt, is dit niet alleen een onwenselijke, maar mogelijk zelfs een gevaarlijke ontwikkeling. Turken zullen deze situatie

als ‘nergens thuis’ ervaren, terwijl het toch duidelijk de bedoeling is dat ze zich in Nederland ‘wel thuis’ zullen voelen.

Uit onze bevindingen blijkt dat vooral de Turkse vrouwen het moeilijk hebben vanwege haar slechtere positie, slechtere gezondheid en lagere Kwaliteit van Leven. Naast cultuurgebonden achterstanden dragen daaraan bij haar positie als vrouw, migrant, vrouw van migrant, moeder van migrantkinderen. Daarom zou men zich moeten richten op het bewust maken van de vrouw van zichzelf, van haar positie en van de zojuist genoemde rollen.

We hebben veel aandacht besteed aan het belevingsaspect. Dat is een belangrijke factor die zowel het probleem als de oplossing in zich draagt en zowel migranten/ Turken als autochtone Nederlanders aangaat. De oplossing zou gezocht moeten worden in specifieke activiteiten, waardoor niet alleen Turken het leven in Nederland als een verrijking en aanwinst ervaren, maar ook autochtone Nederlanders de aanwezigheid van Turken in Nederland als een verrijking en aanwinst ervaren. Deze processen zouden tegelijkertijd moeten plaats vinden, zodat niet de ene kant niet op de andere hoeft te wachten.

### 7.6.1 Hoe nu verder?

Om de gewenste verbeteringen te realiseren, geven we hieronder enkele aanbevelingen, van algemene aard, maar ook met betrekking tot de GGZ.

#### 7.6.1.1 Een algemeen advies

In het beschreven ‘herwortelingsproces’ hebben Turken in Nederland te maken met de verschillende uitkomsten van acculturatieprocessen. Conform de waarde die we hechten aan het belevingsaspect als een (onzichtbare) motor achter het gedragsaspect, lijkt het verstandig om voortaan te werken met een term die migranten in het algemeen en Turken in het bijzonder kan motiveren: *bi-culturaliteit*. Vooral in deze tijden van polarisatie zou deze term tegenstellingen kunnen overbruggen.

##### 7.6.1.1.1 Wat is bi-culturaliteit?

Volgens één van de grondleggers van dit begrip (Innes, 1973) gaat het bij *bi-culturaliteit* om de ontwikkeling, bijstelling en verbetering van manieren om met beide culturen om te gaan. Op zich lijkt bi-culturaliteit een betere oplossing om de positie van migranten te verbeteren dan ‘mono-culturaliteit’. Als men zich in de bi-culturele fase bevindt, betekent dit dat men de drie andere fases, die in de typologie van de ‘bi-culturele socialisatie’ (Dialektopoulos, 2003, p.107) onderscheiden worden, al achter de rug heeft, namelijk: (i) gericht zijn op de eigen etnisch-culturele minderheid; (ii) gericht zijn op de samenleving van het gastland; (iii) weifelen tussen de twee sociaal-culturele systemen; (iv) zich identificeren met beide systemen: *bi-culturaliteit*.

In lijn met deze constatering kan gesteld worden dat bi-culturaliteit een teken is voor migranten dat zij zich goed aan het ontwikkelen zijn en op een steeds hoger niveau terecht komen. 'Bi' is meer dan 'mono'. We denken dat de Turkse gemeenschap als geheel, zich grotendeels ergens tussen de 3<sup>e</sup> en de 4<sup>e</sup> fase bevindt. Uiteraard zijn er nog steeds groepen die zich in de 1<sup>e</sup> of 2<sup>e</sup> fase bevinden. Daarom zien we bi-culturaliteit als een teken van een herwortelingsproces dat de nodige ondersteuning verdient.

Bi-culturaliteit heeft veel positieve kanten, zoals het in staat zijn om effectief tussen cultureel passende gedragspatronen te switchen ('code-switching'; Saville-Troike, 1981). We kunnen spreken van mensen *van* twee culturen in plaats van *tussen* twee culturen (Tennekes, 1990). Een ander positief aspect is het hogere niveau van cognitief functioneren en een hogere mentale gezondheidsstatus, vergeleken met personen die monocultureel zijn of geassimileerd zijn ten aanzien van het dominante culturele systeem (LaFromboise, 1993). Naast de hierboven geschetste positieve kanten kan bi-culturaliteit evenwel ook negatieve kanten hebben. Het kan immers gaan om (i) dubbele halftaligheid (Damanakis, 1989), (ii) het ontbreken van een duidelijke oriëntatie op interesses en ambities en (iii) het cultiveren van deviante denkwijzen (Dialektopoulos; 2003). Als beide partijen bewust omgaan met en aansturen op bi-culturaliteit, worden deze negatieve kanten echter geneutraliseerd en kunnen positieve factoren de overhand krijgen.

#### 7.6.1.1.2 Aanbevelingen met betrekking tot bi-culturaliteit

De Nederlandse bi-culturele Turken hebben trekken van zowel Turkije als Nederland. Dit kan een zwakte (*nergens thuis*) zijn of een sterkte (*overal thuis*). Dit 'anders zijn' wordt in deze samenleving vooralsnog eerder als een negatief kenmerk gezien, dan als een 'meerwaarde' of een verrijking.

Naar onze mening zou bi-culturaliteit, dat wil zeggen: de combinatie van twee identiteiten of, beter gezegd, één identiteit met twee loyaliteiten, niet als een zwakte gezien moeten worden, als een belasting met dubbele bagage of als een gebrek aan loyaliteit aan één van beiden. Het streven naar bi-culturaliteit zal daarentegen het zelfvertrouwen en het uitgaan van de eigen kracht (*empowerment*) positief beïnvloeden, het gevoel van 'erbij horen' stimuleren, het gevoel van een 'inwoner te zijn van een stiefmoederland' wegnemen en de actieradius, alsmede het niveau van participatie en emancipatie verder verhogen. Bi-culturaliteit kan er op den duur voor zorgen dat een proces van verbetering in gang wordt gezet met betrekking tot de relatief slechte psychische gezondheid en een relatief lage Kwaliteit van Leven van de Turken in Nederland.

Door het beïnvloeden van het beleevingsaspect kan dit proces (minder negatief en meer positief ervaren) versneld worden. Turken die in staat zijn om het beste van de twee kanten te maken, moeten daarom juist ondersteund worden. Aan Turken die meer de Turkse kant kiezen, zou men meer tijd moeten gunnen, wetende dat dit eigenlijk een droom is

en één van de laatste vormen van weerstand tegen komende veranderingen. In plaats van, het benadrukken van de aversieve kanten van Turkije en de Turkse cultuur, zouden juist de attractieve kanten van het leven in Nederland benadrukt moeten worden, zowel vanuit een materieel als een immaterieel oogpunt, en zowel voor de korte als de lange termijn. Als er niets gedaan wordt, bestaat het risico dat het hier geschetste proces stagneert, met als onherroepelijk gevolg op termijn marginalisatie en/of segregatie.

Het is de vraag waarom Turken in Nederland zo langdurig in een overgangsfase naar bi-culturaliteit blijven hangen. Wellicht wilden of konden ze geen risico's nemen die zij niet konden overzien. Dit kunnen we een 'tweede overlevingsstrategie' noemen, naast de bekende overlevingsstrategie, waarin te veel waarde gehecht wordt aan Turkije en de Turkse cultuur (*van toen*). Soms wordt deze strategie als pijnlijker, problematischer en zwaarder ervaren dan de mogelijke consequenties van de eventuele keuze. Hierbij spelen onbewuste processen, invloeden van anderen en gastlandgebonden factoren een cruciale rol. Daarom kan de logica deze attitude niet altijd bevredigend verklaren.

Alles overwegend, zijn we van mening dat de bi-culturaliteit van Turken verder bevorderd zou moeten worden, rekening houdend met de talrijke valkuilen die in het spel zijn. Dit streven zou niet alleen gericht moeten zijn op de jonge, maar ook op de oude(re) generaties, gezien hun invloed op de nieuwe generaties. Door rekening te houden met bi-culturaliteit zouden mogelijke knelpunten en valkuilen omgezet kunnen worden in aandachtspunten. Bi-culturaliteit betekent vooruitgang en het is een oplossing voor de oorspronkelijke gespletenheid van de binnenwereld van migranten, gedomineerd door gepolariseerde voorstellingen met betrekking tot het herkomstland en het gastland, beurtelings geïdealiseerd en gedevalueerd (Gomperts, 2009). Gespletenheid dient overbrugd te worden, zodat een nieuw geheel ontstaat.

Bi-culturaliteit is een (tijdelijk) compromis tussen het oude en het nieuwe, maar het staat dichterbij het nieuwe. Bi-culturaliteit is ook een beschermende factor tegen marginalisatie en segregatie. Bi-culturaliteit moet kunnen en mogen.

## 7.6.2 Aanbevelingen met betrekking tot de maatschappij

Nederland zou lessen moeten trekken uit de foute opvatting dat migranten maar tijdelijk in Nederland zouden zijn. In plaats daarvan dient men te accepteren dat migranten zullen blijven. Hun acculturatieproces moet op een bewuste manier aangestuurd worden. Het betrekken van migranten bij dit proces en het creëren van een gevoel van 'erbij te horen' zullen wonderen verrichten.

Beleidsmakers moeten hun beleid actualiseren. Het moet anders dan in de eerste 30 jaar van het migratieproces, waarin migranten 'doodgeknuffeld werden' door maatschappijen overheden, maar ook anders dan de laatste jaren, waarin zij dreigden 'doodgeknuffeld te worden'. De overgang tussen de opeenvolgende fases kan veel vlotter verlopen als er meer

tijd voor uitgetrokken wordt en de migranten zelf er bij betrokken worden, want dan pas wordt het hun probleem.

Als onderdeel van de maatschappij zouden universiteiten en andere onderzoeksinstituten hun onderzoek meer moeten richten op de werkelijkheid van migranten in Nederland, in plaats van het vormen van een gedachtegoed dat gebaseerd is op de ervaringen van Europeanen als migrant elders in de wereld. Zulke kennis kan gemakkelijk te kort schieten, als het gaat om problemen van hedendaagse Nederlandse (zelfs West-Europese) migranten te diagnosticeren, oplossingen te bedenken en daadwerkelijk te helpen, uiteraard op micro-, meso- en macroniveaus. Deze migranten herschrijven de migratiegeschiedenis. Daarom zou de aanpak van de problemen van migranten tot nu toe ook geherëvalueerd moeten worden! Bij voorkeur zouden migranten zelf ook mee moeten doen met zulke onderzoeken, niet alleen als 'object' maar ook als 'subject'. Zulke pogingen kunnen interculturele verhoudingen bevorderen. Goede interculturele verhoudingen zijn een vereiste in het huidige tijdperk van globalisering en internationalisering aan de ene kant en nationalisme, chauvinisme en polarisaties aan de andere kant.

In dit kader zouden Turkse migranten zelf ook een handreiking moeten doen naar de autochtonen en zelfs naar andere migranten. Ze zouden hun wantrouwen moeten veranderen in vertrouwen en hun *empowerment* moeten activeren. Ze zouden, in plaats van een afwachtende houding, een pro-actieve houding moeten aannemen en hun actieradius moeten vergroten wat betreft hun participatie in het dagelijkse leven in Nederland. Ze zouden ook meer waarde moeten hechten aan hun leven in Nederland; niet alleen in materieel opzicht, maar ook in immateriële zin. Ook zouden ze investeringen moeten doen in Nederland, voor de nabije toekomst en de lange termijn. Ze zouden wakker moeten worden uit hun droom dat ze hier tijdelijk zijn en dat ze terug zullen gaan naar Turkije en dat ze hier nog steeds gast (arbeiders) zijn! Deelname aan buurtactiviteiten, initiatieven op de scholen van hun kinderen en aangaan van lidmaatschappen van organisaties, zijn concrete voorbeelden. In dit kader is het een '*must*' dat migranten hun positie niet meer vergelijken met de positie van familieleden in het land van herkomst, maar in plaats daarvan met hun (in een betere positie verkerende) burens in Nederland. Dan zullen ze merken dat ze niet betrekkelijk rijk, maar juist arm zijn en achterblijven. Pas wanneer ze dit als probleem ervaren, zullen ze maatregelen nemen om een en ander te veranderen. Door middel van dergelijke stappen is het mogelijk om echte verbeteringen te realiseren in de positie van Turken in Nederland op het gebied van Kwaliteit van Leven en algemene gezondheid.

### 7.6.3 Aanbevelingen met betrekking tot de geestelijke gezondheidszorg

De meeste van de bovengenoemde aanbevelingen gelden ook voor de GGZ. Gezien de positie in de GGZ van migranten in het algemeen en van Turken in het bijzonder, verdient de GGZ

extra aandacht, zodat ook zij extra aandacht kan geven aan deze groepen. De GGZ is één van de maatschappelijke instituten die in toenemende mate door migranten wordt geconfronteerd met een beroep op zorg. De GGZ is dus één van de eerst aangewezenen wat betreft betrokkenheid bij het interculturalisatieproces. Maar adequate hulp van de GGZ hangt af van het interculturalisatieproces dat de GGZ zelf heeft doorgemaakt.

Als we het hebben over het interculturalisatieproces van de GGZ, bedoelen we de bewuste omgang met mensen met een allochtone etnische- en culturele afkomst. Het interculturalisatieproces van een organisatie lijkt op het socialisatieproces van een individu (Can, 2000). Het speelt zich af tussen ideocentrisch en allocentrisch denken, voelen en zich gedragen. De kern van dit proces is “wel of geen communicatie en interactie met de mensen uit een andere cultuur”. Daarom ligt de nadruk op wisselwerkingen binnen het proces, op geven en nemen, op beïnvloeden en beïnvloed worden, met als eindresultaat een interculturele organisatie.

Interculturalisatie is een veranderingsproces binnen een organisatie met als doel de realisatie van een gelijkwaardige kwaliteit van hulpverlening, dienstverlening en preventiemogelijkheden voor iedereen, ongeacht de etnische en culturele achtergrond van hulpverleners of cliënten. In dit veranderingsproces wordt optimaal gebruik gemaakt van alle culturele en sociale verschillen binnen de organisatie (Leito & Van Bakkum, 1996). Er is sprake van communicatie en interactie tussen de verschillende groepen. Kenmerkend is dat er beleidsmatige en daardoor integrale interculturalisatie plaatsvindt.

Bij interculturalisatie is er sprake van een bewust gekozen beleidsmatige aanpak van de problematiek met betrekking tot etnische en culturele groeperingen (Can, 2000). Activiteiten zijn structureel en specifiek. Er worden regelmatig evaluaties uitgevoerd en het beleid wordt voortdurend bijgesteld. Het probleem leeft op alle niveaus, van de top tot de eerste echelon. Er is sprake van cultureel passende zorg (preventie, hulp- en dienstverleningsactiviteiten). Dit is zorg op maat. De aanpak kan cultureel zorgbehoudend zijn (d.i. zorggedrag in stand houden) of zorggedrag kan worden aangepast door middel van onderhandelen. Verder kan, als daar echt redenen voor zijn, op een cultuursensitieve manier culturele zorgreconstructie plaatsvinden (Van den Brink, 1999). Meerdere medewerkers en functionarissen volgen cursussen en trainingen in interculturele hulpverlening en intercultureel management. De organisatie wordt zo in toenemende mate cultuursensitief en etniciteitsvriendelijk. Er werken steeds meer allochtone medewerkers van verschillende etnische en culturele afkomst in verschillende functies. Er wordt tot op bepaalde hoogte samengewerkt met allochtone organisaties, intermediairs en mogelijk met cultuureigen genezers van allochtonen.

Er leeft het volgende gedachtegoed met betrekking tot andere culturen: *Dit is onze plicht en taak; het is leuk om met mensen te werken van verschillende afkomst.* Verder voelt men zich steeds meer intercultureel vaardig. Mensen leven met allochtonen



mee en ervaren het omgaan met hen als een verrijking. Men kan genieten van culturele overeenkomsten. Verborgene racistische en/of discriminerende tendensen zijn overwonnen.

Naast de hierboven genoemde, basale kenmerken van interculturalisatie volgt nu een overzicht van factoren die een 'conditio sine qua non' zijn voor de interculturalisatie van de GGZ. De mate van realisatie van deze punten zal uiteindelijk bepalend zijn voor de fase waarin de desbetreffende GGZ zich bevindt op het continuüm van monocultureel- intercultureel. Een interculturele GGZ zou zich moeten richten op de volgende vier soorten veranderingen (Can, 2000):

### **I Organisatorische veranderingen**

Als eerste stap van interculturalisatie dient een aantal veranderingen plaats te vinden in de organisatie. Deze vormen de basis voor verdere interculturalisatie binnen de organisatie: (i) de formulering van de visie en het plan van aanpak met betrekking tot interculturalisatie; (ii) het creëren van draagvlak met betrekking tot interculturalisatie in de hele organisatie; (iii) het opnemen van interculturalisatie in het kwaliteits- en/of zorgbeleid; (iv) de aanwezigheid van een structurele aanpak, zodat de aanpak niet persoonsgebonden wordt; (v) de ondersteuning door materiële voorzieningen en accommodatiebeleid; (vi) het afstemmen van het personeelsbeleid op de vragen en behoeften van allochtone (potentiële) cliënten; (vii) de aanwezigheid van een coördinator of aandachtsfunctionaris die met mandaat van de directie het hele proces van interculturalisatie bewaakt; (viii) de aanwezigheid van allochtone medewerker(s).

### **II Zorg-inhoudelijke veranderingen**

Organisatorische veranderingen in het kader van interculturalisatie horen zo spoedig mogelijk ondersteund te worden door inhoudelijke ontwikkelingen: (i) specifieke deskundigheidsbevordering ten behoeve van medewerkers; (ii) specifieke methodiekontwikkeling, inclusief het proberen om reeds bestaande methodieken aan te passen; (iii) ontwikkeling van interculturele competenties; (iv) randvoorwaardelijke ondersteuning van de inhoudelijke aanpak, zoals tijd, geld, etc., door de organisatie.

### **III Veranderingen ten behoeve van allochtone cliënten**

Uiteraard is het de bedoeling van een organisatie om de doelgroep beter te helpen. In dit geval gaat het om het *binnenhalen en binnenhouden* van mensen met een andere culturele afkomst, door: (i) een specifiek op allochtonen gericht cliëntenbeleid; (ii) specifieke hulp- en dienstverlening en preventieaanbod voor allochtonen; (iii) specifieke benaderingswijzen ten aanzien van allochtone (potentiële) cliënten, zoals out-reaching, laagdrempelige activiteiten; (iv) specifieke PR- activiteiten ten aanzien van allochtone (potentiële) cliënten, rekening houdend met culturele en taalproblemen, alsmede vooroordelen ten aanzien van de GGZ; (v) contacten met de (cliënten) organisaties van allochtonen.

#### IV Veranderingen ten behoeve van verwijzers (extern samenwerkingsbeleid)

Om op de juiste tijd en de juiste manier de juiste cliënten toegewezen te krijgen, zal men een goede communicatie moeten hebben met de verwijzers. Om betere verwijzingen tot stand te kunnen brengen, moeten de volgende activiteiten gerealiseerd worden: (i) een specifiek extern samenwerkingsbeleid met organisaties *van en voor* allochtonen; (ii) specifieke PR-activiteiten ten behoeve van verwijzers om te laten zien dat de betreffende GGZ-instelling iets specifiek voor de doelgroep heeft ontwikkeld; (iii) extra aandacht voor de tevredenheid van verwijzers in het kader van het aanbod voor allochtonen.

Bij het realiseren van de bovengenoemde activiteiten dient men rekening te houden met een aantal zorginhoudelijke zaken. Ten eerste moet *empowerment* van allochtone cliënten ge(re)activeerd worden, in plaats van de bevestiging van 'aangeleerde hulpeloosheid'. Verder moeten pogingen gedaan worden om aan te sluiten bij de belevings- en verwachtingswereld van de allochtoon. Maar daar mag het niet in blijven steken. Sympathie is immers wel noodzakelijk maar niet voldoende om professionele veranderingen aan te kunnen brengen in hun (psycho) pathologische systeem.

Door middel van intercultureel werken binnen de GGZ zullen de percentages drop outs en no- shows dalen. De interculturele GGZ is in staat om basale knelpunten te overwinnen, zoals: externalisatie, psychosomatisering, non-verbalisatie en dergelijke problemen van migranten in het algemeen en Turken in het bijzonder. Zulke interculturele activiteiten kunnen ervoor zorgen dat allochtone cliënten niet meer als een 'landmijn', maar als een 'goudmijn' worden ervaren.

De interculturalisatie van de GGZ zal zelfs in de huidige tijd van verharde omstandigheden door moeten gaan. Gevestigde GGZ's dienen geen gebruik (lees: misbruik) te maken van de opkomst van specifieke GGZ's van en voor allochtonen, om van hun verantwoordelijkheden af te komen. Dit mag geen argument zijn om niet meer intercultureel te zijn. Bestaande GGZ- instellingen zouden juist samen kunnen werken en/of concurreren met dergelijke specifieke GGZ- initiatieven, om op die wijze een steeds beter aanbod voor de doelgroep te creëren.

Kortom, de interculturalisatie van de GGZ zal positieve invloeden hebben op de psychische gezondheid en Kwaliteit van Leven van Turken en andere allochtonen. Het herwortelingsproces zal Turken een nieuw thuis geven. Ter bevestiging van dit proces zou Nederland Turkse migranten expliciet moeten verwelkomen, zoals een bekende Turkse uitdrukking luidt: 'De zoete tong haalt de slang uit zijn hol'. Dit zou ook door de Nederlandse samenleving gezegd moet worden: 'Turken, wees wel thuis in Nederland!'

## 7.7 Literatuur

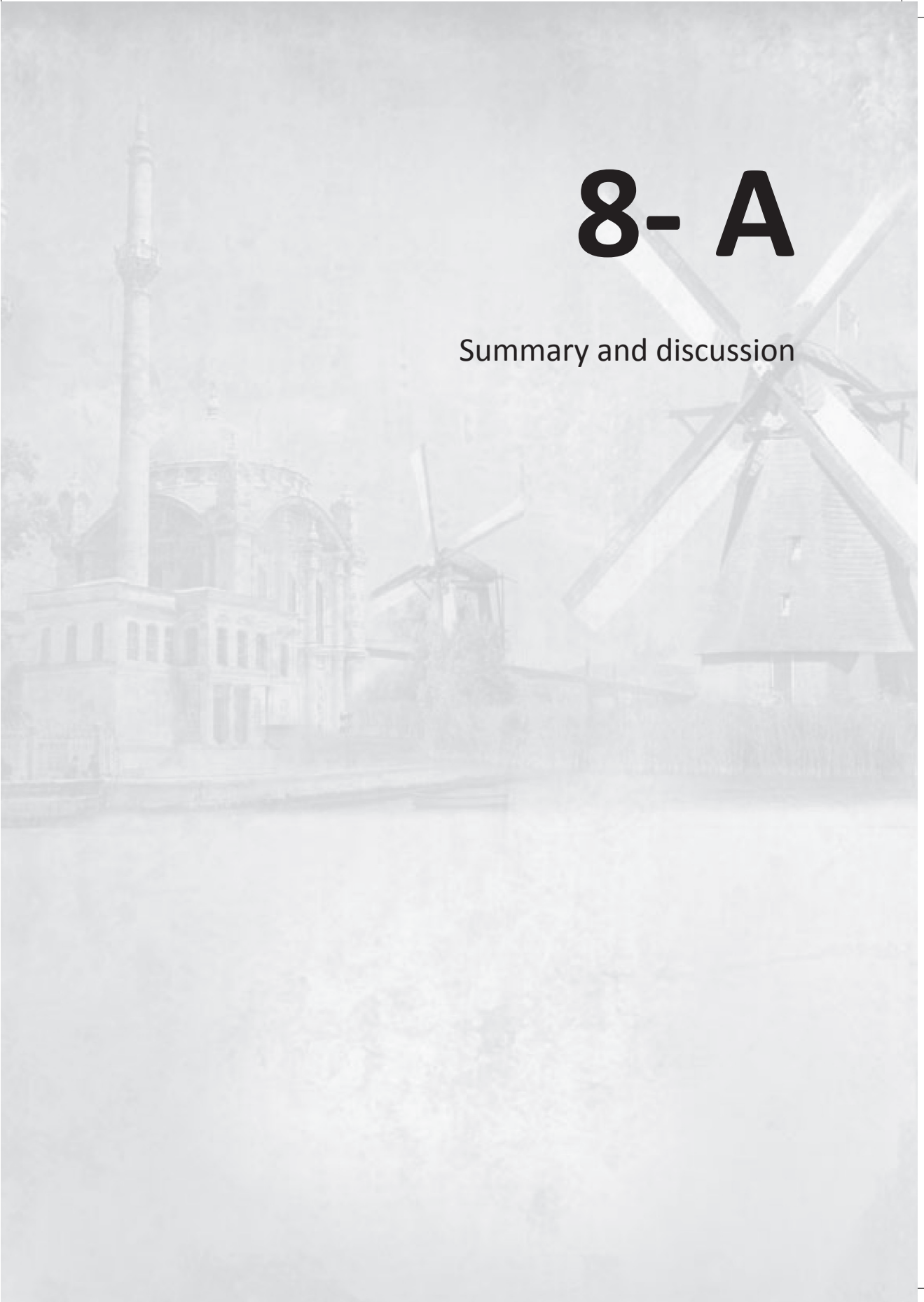
- Borra, R. (2002). Transculturele diagnostiek. In R. Borra, R. van Dijk, & H. Rohlof (Red.), *Cultuur, classificatie en diagnose. Cultuursensitief werken met de DSM-IV* (pp. 21-40). Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Brink, Y. van den (1999). Wat is cultureel passende zorg? De toepassing van Leiningers culturele zorgtheorie in de praktijk. *Cultureel passende zorg in de praktijk. Consultatie als middel*. Werkgroep Interculturele Verpleging en Verzorging. Maarssen: Elsevier/ De Tijdstroom.
- Can, M. (2000). *Interculturalisatie checklist voor de geestelijke gezondheid*. Tilburg: GZZ Midden- Brabant.
- Damanakis, M. (1989). *Metanastefsi ke ekpedefsi* [Immigration and education]. Athene: Gutenberg.
- Devillé, W.L.J.M., & Drewes, J.B.J. (2003). Gezondheidstoestand en zorggebruik. In J.E. de Neef, J. Tenwolde, & K.A.A. Mouthaan (Red.), *Handboek interculturele zorg* (pp. 3.1.1- 3.1. 42). Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom.
- Dialektopoulos, A. (2003). *Van tweeën een. Bicultureel- tweetalige socialisatie van Griekse leerlingen in Nederland*. Academisch proefschrift. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.
- Gomperts, W. (2009). De kleine wereld van de spreekkamer. In M. Thys & W. Gomperts (Red.), *Vergezichten, Over transculturele psychoanalyse* (pp. 15-45). Antwerpen/ Apeldoorn: Garant.
- Grinberg, L., & Grinberg, R. (1990). Een psychoanalytisch onderzoek naar migratie: Pathologische en niet- pathologische aspecten. *Psychotherapeutisch Paspoort*, 4, 1.97-1.123.
- Hellings, G. (1994). Over de culturele gebondenheid van As-II van DSM-III-R. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 36, 20-31.
- Hodiamont, P.P.G., Peer, P.G.M. & Heydendaal, P.H.J.M. (1986), Ziekte, ziekte- inzicht en ziektegedrag in het kader van de psychiatrie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 5, 291-309.
- Hoekstra, H.A., Ormel, J., & Fruyt, F. de (1996). *NEO persoonlijkheids Vragenlijsten. NEO- PI-R en NEO- FFI. Handleiding*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Innes, H.R. (1973). *Bilingualism and biculturalism*. Toronto: Mc Clelland and Stewart.
- Jong, J.T.V.M. de (1996). 'Psychodiagnostiek bij allochtonen: Vragen om moeilijkheden?'. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 5, 483-496.
- Kamperman, A.M. (2005). *Deconstructing ethnic differences in mental health of Surinamese, Moroccan and Turkish migrants in the Netherlands*. PhD thesis. Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam, Faculteit der Geneeskunde.

- Knipscheer, J.W., May, R., Schouten, E., & Kleber, R.J. (2005). Intercultureel werken in de GGZ, hoe werkt dat bij kortdurende behandeling? *Cultuur, Migratie, Gezondheid*, 2, 2-12.
- Kortmann, F.A.M. (1995). Psychopathologie, cultuur en omgeving. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 37, 3-14.
- Kortmann, F. (2003). *Interculturele geestelijke gezondheidszorg in Nederland. Een studie naar de 'State of the art' van de transculturele hulpverlening*. Rotterdam: Mikado & GGZ- Nederland.
- LaFromboise, T.D., Berman, J.S., & Sohi, B.K. (1993). American Indian women. In L. Comas-Diaz & B. Green (Red.), *Mental health and women of colour* (pp. 53-74). New York, NY: Guilford Press.
- Lee, Y.T., McCauley, C.R., & Draguns, J.G. (1999). Why study personality in culture? In Y.T. Lee, C.R. McCauley, & J.G. Draguns (Red.), *Personality and person perception across cultures* (pp. 3-22). Mahwah, CA: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Leito, A., & Bekkum, D. van (1996). Leiding geven aan een multicultureel team. In J. de Jong & M.van den Berg (Red.), *Transculturele psychiatrie en psychotherapie. Handboek voor hulpverlening en beleid* (pp. 291-306). Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Paris, J. (1998). Personality disorders in sociocultural perspective. *Journal of Personality Disorders*, 12, 289-301.
- Richters, A. (1996). Medische en psychiatrische antropologie: Een terreinverkenning. In J.de Jong & M.van den Berg (Red.), *Transculturele psychiatrie en psychotherapie. Handboek voor hulpverlening en beleid*. (pp. 71-87). Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Saville-Troike, M. (1981). *The development of bilingual and bicultural competence in young children*. Urbana, IL: Claeringhouse on Elementary and Early Childhood Education.
- Soeteman, D.I., Verheul, R., & Busschbach, J.J.V. (2008). Een prijzige stoornis. *Medisch Contact*, 63, 160-162.
- Tennekes, J. (1990). *De onbekende dimensie. Over cultuur, cultuurverschillen en macht*. Leuven: Garant.
- Thomaes, K. (1994). *Turkse vrouwen aan het woord. Een onderzoek naar ziekteverklaringen en hulpzoekgedrag met betrekking tot geestelijke gezondheidsproblemen bij Turkse vrouwen in Maastricht*. Maastricht: Riagg Maastricht.
- Trompenaars, F.J., Masthoff, E.D.M., Heck, G.L. van, Hodiamont, P.P.G., & Vries, J. de (2006). The WHO Quality of life assessment instrument (WHOQOL-100): Investigating its discriminant ability for psychiatric outpatients. *European Journal of Psychological Assessment*, 22, 207-215.
- Vos, G. de (1975). Ethnic pluralism: Conflict and accommodation. In G. de Vos & L. Romanucci (Red.), *Ethnic identity: Cultural continuities and change*. (pp. 5-41). Palo Alto, CA: Mayfield.

- Vries, J. de (1996). *Beyond health status. Construction and validation of the Dutch WHO Quality of Life assessment instrument*. Academisch proefschrift. Tilburg: Universiteit van Tilburg.
- Wit, M.A.S. de (2006). Psychische klachten. In D.G. Uitenbroek, J.K. Ujcic-Voortman, A.P. Janssen, P.J. Tichelman, & A.P. Verhoeff (Red.), *Gezond zijn en gezond leven in Amsterdam. Amsterdamse Gezondheidsmonitor. Gezondheidsonderzoeken 2004* (pp. 106-112). Januari. Amsterdam: GGD Amsterdam.

# 8- A

Summary and discussion





In this dissertation, we have tried to provide clarity on three subjects: the experience of being a migrant, psychological health, and the Quality of Life of Turks in The Netherlands. Our aim was to explore these three variables and their interactions in a population of Turks in The Netherlands.

## Sample

This dissertation is based on the results provided by in total 429 Turks living in The Netherlands, representing a so- called GGZ (Mental Health Services/ MHC)- population ( $n=229$ ), including 204 respondents in the intake phase (MHC-a- population) and 25 respondents who were in treatment (MHC-b- population), and the general Turkish population (GP- group) ( $n=200$ ).

## Methodology

In order to reach these goals we used various research tools, like the Vragenlijst Biografische Anamnese (The Questionnaire Biographical Anamnesis), de SCAN 2.1 (the Schedules for the Clinical Assessment in Neuropsychiatry; Giel & Nienhuis, 1999), de SCL-90, (the Symptoms Checklist; Arrindell & Ettema, 1986; Derogatis, Limpman, & Covi, 1973; Fidaner & Fidaner, 1984), de SCID- II, (the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis- II Personality Disorders; First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 1997; Spitzer, Williams, Gibbon, & First, 1990), de NEO-PI-R (Revised NEO Personality Inventory; Costa & McCrae, 1992 ; Gülgöz, 2002) and the WHOQOL-100 (De Vries, 1996; De Vries & Van Heck, 1995, WHOQOL Group, 1994; Eser, Fidaner, & Fidaner, 1999). Additionally, a questionnaire was developed for measuring 'the experience of being a migrant'. Not all questionnaires could be used in every study group. Due to technical and institution bound reasons the SCAN 2.1. , de SCID- II en de NEO-PI-R were only employed in the MHC-a population.

## Reflection on the study results

### The background characteristics of the sample

The total sample existed largely of female respondents (61%). This also applied to the three separate groups. The majority of the participants were persons in the age-category 31-45 years of age. Eighty-one percent of our sample was married and 83% had children. Furthermore, the sample was slightly better educated than groups of Turkish participants of earlier Dutch studies.

The majority of the respondents came from large cities in Turkey and had no local migration-experience before coming to The Netherlands. The category of persons who were



21-25 years scored the highest, when it comes to their stay in The Netherlands. The majority came to The Netherlands in the context of family-reunion. The level of mastering the Dutch language was fairly high, as was their Turkish language level. Nearly two thirds of the respondents had no job-occupation during the study period. This percentage was remarkably high for the MHC-populations (MHC-a: 73.5 and MHC-b: 80%).

More than two thirds appeared to have family and a confidant in The Netherlands. Regarding having contacts with the Dutch, it appeared that one third maintained reasonable to rather close contacts. We expected lower rates in advance. Furthermore, almost two thirds had experience with discrimination. It is noteworthy that 91 % of the respondents does something in order to reduce stress experiences: 40% reported to use some form of 'aggressive relaxation'.

Religion is an important factor: 92% is religious. The majority of the non-believers consists of men. Among the religious, one third practices religion 'often'. Noteworthy is also that the GP- group seemed to practice slightly more than the MHC-population. More than half of the respondents pointed out that they felt oppressed in The Netherlands because of their religion.

Like most of the Turks in the Netherlands, 70% of the respondents reported that they rather want to spend their future/ retirement in Turkey. This percentage is almost the same when it comes to the preference for spending the last days of their life in Turkey (73%). This does not count, however, for the female respondents, because they reported that they would rather stay in The Netherlands.

Almost one third of the participants visit Turkey every year. In this regard, however, there exist rather substantial differences between the three study groups. Especially the MHC-b population scored quite low. This also counted for their answers on the item reflecting 'feeling on his/her ease in Turkey'.

Two thirds of the respondents expressed satisfaction with their lives in The Netherlands. The MHC-a population appeared to be the least satisfied. Those who reported dissatisfaction with their life in the Netherlands complained the most about social isolation and the existence of many relation problems. Economic reasons, luxury, as well as a good and well organized life, appeared to be the grounds for satisfaction. Furthermore, respondents expressed high expectations regarding material things and having a better life in The Netherlands. However, most respondents were worried about their future in The Netherlands.

## The experience of being a migrant

Chapter 3 is a theoretical chapter, in which the experience of being a migrant is scrutinized. It is stated that each migrant has his or her own way of thinking, feeling and coping with the fact that he or she is a migrant. In order to represent this, we have proposed a model with two continuous dimensions (axes): *Nature of experience* (negative/ loss versus positive/ win) and

*Content of experience* (material versus intangible). The final conclusion is that in a migrant's life there are many elements, which are experienced negatively.

## The experience of being a migrant by Turks in The Netherlands

In Chapter 4, the development of a questionnaire was described that was aimed to measure the experience of living as a migrant by Turks in The Netherlands: the so-called Vragenlijst Beleving van Migrant zijn (VBM) (The Experience of Being a Migrant Questionnaire). The development and construction of this questionnaire consisted of different phases: a preliminary stage, the employment of an expert panel, and thereafter several rounds of revisions. The final result was a questionnaire of 90 Likert Scale items and 5 open questions. This assessment instrument was administered to the whole sample ( $N=429$ ).

Chapter 4 presents the results of the factor analysis and subsequent reliability analyses. The chapter contains also a description of the scales based on the existing literature. This construction process produced five scales, measuring: I. Feelings of Rejection and Lack of Acceptance; II. Experiences of Loss, Confusion and Insecure Identity; III. Orientation on the country of Origin and Orientation on the Past; IV. Mutual Distrust and Suspicion and Loyalty conflict, Dissociating Nationals and V. Enrichment, Challenge, and Satisfaction. It has to be stated that the greater part of these factors reflect a negative component. An example is the fact that Turks in The Netherlands are oriented on Turkey, but not on Turks in The Netherlands.

Further analysis reveals that scores of the MHC- populations were significantly higher, compared with the GP-group, on scales assessing rejection, lack of acceptance, identity confusion, loss of control, and mutual distrust. Furthermore, men scored significantly higher than women on the scales focussing on rejection and orientation on the homeland. This outcome corresponds with earlier research outcomes, like findings that men have a strong wish for remigration to Turkey.

All and all, it becomes clear that especially the Turks, who experience migration as a loss, have identity problems (What/ who am I? Am I Turkish, am I Dutch? etc.). Those who value Turkey too much, experience a relatively worse general health and quality of life. Furthermore, it becomes clear that Turks who experience living in The Netherlands as a loss, have identity problems and a worse perceived psychological and physical health. Turks, who distrust each other, have loyalty conflicts and dissociate from each other, report also poor health. This connection also is visible in Turks who experience feelings of rejection and not being accepted by the native Dutch and who are consequently more focused on Turkey.

The fact of being a Turkish woman seemed a significant predictor for having psychological problems in general, for having a depressive disorder with vital signs and specifically a generalised anxiety disorder. It also was found that Turkish women are more neurotic than Turkish men.

## The psychological health of Turks in the Netherlands

### Axis-I disorders

Regarding the clinical diagnoses of the MHC-a population ( $n=204$ ), it was found that 67% meets an Axis-I diagnose, according to the SCAN 2.1. This percentage was 80%, when besides the SCAN 2.1 also assessment based on DSM-IV-TR was used. In total, 336 Axis-I diagnoses were indicated, reflecting 51 different complaints. Mood disorders were scored the highest, followed by anxiety disorders and sleeping disorders. Female respondents indicated significantly more SCAN 2.1 diagnoses than men. The diagnose 'Somatoform disorders' was less prominent in the MHC-a population.

With respect to scores on the SCL-90, the MHC-a population and the MHC-b population both scored significantly higher (i.e. less healthy) on Psychoneuroticism than the GP- group. This was also the case for all separate SCL-90 subscales. Furthermore, female respondents scored significantly higher (i.e. less healthy) than men. It was salient that our Turkish respondents scored significantly higher on the SCL-90 compared with scores for SCL-90- norm groups, representing the general Dutch Population. The scores on the SCL-90 of the GP- group were in fact higher than the comparable scores of the general Dutch psychiatric population.

### Axis-II disorders

Personality traits were examined with the NEO-PI-R. It was explored whether significant differences existed between male and female respondents. This seemed not to be the case, with the exception of the fact that women scored higher than men on the Agreeableness-scale. Furthermore, scores on Conscientiousness seemed to have a clear connection with a better quality of life and a greater satisfaction with the social and physical environment. Turks, who are characterized with traits like cautiousness, effectiveness, orderliness and a high degree of self-discipline, assess their own psychological health higher than Turks who score lower on these traits. Also with regard to extraversion meaningful relations were found. Cordial, sociable, energetic, adventurous, dominant and lively Turks were notably more positive about their Quality of Life in general, their environment, their social relations, as well as their physical and psychological health.

Neuroticism also showed many substantial associations. Consistent with the results of other studies, it was found that the more anxious, impulsive and vulnerable Turks have a tendency to be low-spirited, to report noticeably more negatively about their health, their environment as well as their quality of life. Finally, Turks who are more open for new experiences also reported a substantial higher Quality of Life.

Altruistic Turks, i.e. high-scorers on Agreeableness, described themselves as less suspicious and less hostile. Conscientiousness correlated negatively with a general measure for psychological disfunctioning, anxiety, agoraphobia, depression, insufficiency, distrust, and hostility. The same pattern was found for introvert and neurotic Turks. A greater openness for new feelings, ideas and behaviors did not appear to show any connection with psychological and physical well-being.

Finally, it seems prominent that the Dutch psychiatric population with respect to personality traits is more altruistic, more open and more extraverted than the Turkish psychiatric population. Furthermore, these two populations are more or less similar with respect to conscientiousness. Dutch women appeared to be slightly more neurotic than Turkish woman. In contrast, Turkish men appeared to be more neurotic than Dutch men.

Regarding the Axis-II diagnoses, almost one-third of the MHC-a population met a diagnosis on the basis of the SCID-II. Here, the Turkish women were overrepresented (37.7%). Furthermore, 23% had one personality disorder and the rest had multiple personality disorders.

The obsessive-compulsive personality disorder was most prominent (12.9%). Depressive personality disorders were shown mostly by women. On the other hand, the passive-aggressive personality was seen more in men. The scores, regarding the prevalence of personality disorders, that were obtained in the present study were significantly lower than those found in the population of native Dutch. By the population of outpatients the prevalence was 60.4 %.

Regarding the relation between Axis I and Axis II disorders, it was found that 18 % of the MHC-a population had an Axis-I disorder (SCAN2.1) as well as an Axis-II diagnosis (SCID-II). For 11% it was found that they did not meet the criteria for an Axis-I disorder or an Axis-II disorder. No significant relation existed between having an Axis-I diagnosis and an Axis-II diagnosis.

## The quality of life of Turks in The Netherlands

The experienced general health of the MHC-population was significantly worse compared with the general population of Turks in The Netherlands. We also revealed differences between men and women: in the total sample women scored worse compared with men. The same picture could be seen in the GP-group and the MHC-population. Regarding life-time complaints, the psychiatric complaints were reported the most, followed by hematological complaints. Regarding current complaints/ illness, it is striking that psychiatric complaints, as a category of complaints, only came on second place *after* tractus locomotorius complaints.

Regarding the Quality of Life of Turks in The Netherlands, the scores regarding general Quality of Life as well as specific domains of the GP-group were significantly higher/

better than the scores obtained in the MHC-population. Men scored significantly higher/better than woman on the domain Psychological Health. On the other Quality of Life domains no significant differences between men and woman were found. However, some differences were found concerning separate facets within the domains. It was also found that being or not being diagnosed on Axis-I (on the basis of the SCL-90) had no associations with scores on the WHOQOL-100. This was found in the MHC-population as well as in the GP- group.

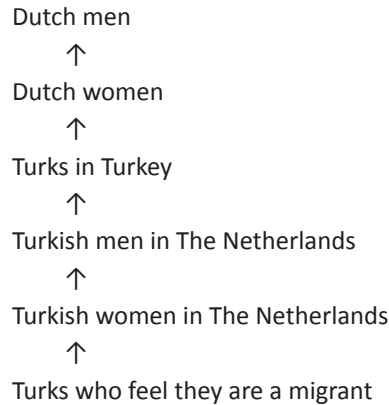
The average WHOQOL-score for perceived General Health found in the overall General Dutch population (De Vries, 1996) is higher than the average score for our Turkish population. We also see this outcome in the scores of the MHC-population (native Dutch psychiatric outpatients) that was investigated in Trompenaars, Masthoff, Van Heck, Hodiament, and De Vries (2006).

## General conclusions and recommendations: anywhere home?

On the basis of our findings as well as the literature, we may ascertain that:

- the psychological health of Turks in The Netherlands is worse in comparison with native Dutch persons and Turks in Turkey; the position of Turkish women is far more worse than those of Dutch and Turkish men.
- the psychological health of the MHC-population is worse compared with the psychological health of the GP- group; and the psychological health of Turkish women is far more worse than the psychological health of Turkish men.
- individuals representing the MHC-population of Turks are more neurotic than persons in the GP- group; Turkish women are more neurotic than Turkish men and Turks in The Netherlands are more neurotic than native Dutch (and even more neurotic than Turks in Turkey).
- Quality of Life in the MHC-population is worse compared with the GP- group, the Quality of Life of Turkish women is worse than QoL of Turkish men, and Quality of Life of Turks in The Netherlands is worse than QoL of the native Dutch.
- the MHC-population scored higher (worse) on the Vragenlijst Beleving van Migrant zijn (VBM; a newly constructed assessment instrument measuring the experience of living as a migrant), than the GP- group; in both populations, Turkish women scored higher, meaning worse, than men. This means that the MHC-population and Turkish women have more negative feelings related to being a migrant and, consequently, have to deal with the consequences of being a migrant.
- Turks who feel that they are a 'migrant' have a worse health and a worse Quality of Life.

The above mentioned outcomes can be presented schematically, with the most disadvantaged positioned the lowest part in the scheme.



It is certain that there is a relation between these three factors, but the course of the causality is yet unclear. Therefore, more research is needed.

Generally speaking, migration and the life as a migrant can generate positive experiences (e.g., enrichment and gain) as well as negative experiences (e.g., loss and impoverishment). From the scheme presented above, it appears that Turks in The Netherlands experience life as a migrant in a negative way. They are active in a 'rerooting process'. Separate facets, like 'being a migrant', 'feeling and behaving as a migrant' and 'being seen as a migrant' influence various other determinants of general health and Quality of Life and, in turn, can be influenced by them. More research, however, is needed for detecting the complex set of reasons for that negative spiral. It speaks for itself that possible improvements on these areas will have positive effects on other determinants of health and Quality of Life.

A multifactorial process can be assumed, whereby migrants as well as natives, individuals as well as society, material as well as immaterial matters play a role. Policy makers and policy implementers should comprehend that drastic measures are needed in order to break through the vicious circle. These statements are in fact a reimbursement of the famous three A's, which for this group seem to be highly applicable: *Achterstand* (*Arrear*), *Achterstelling* (*Discrimination*), and *Afstand* (*Distance*). We fear, however, that the arrear will not be abolished, as long as the distance between the Dutch and the Turks, but also between Turks within the Turkish community, and the societal arrear are not decreased or abolished. As long as the latter will not be realized, it will remain a 'life of a migrant' in many negative ways, with all the inherent negative consequences.

Considering that the Turks form the majority of the Dutch minority and taking into account that more than half of them belong to a young generation, the state of affairs sketched above is not only very undesirable, but also a potentially dangerous development. Turks will experience the situation as 'not feeling at home', while it is evident that they should feel 'at home' in The Netherlands.

From our findings, it appears that Turkish women suffer the most because of their worse position, poor health and low Quality of Life. Besides culture-bound arrear, also the position as a woman, migrant, wife of a migrant and mother of migrant children influence them in many negative ways. Consequently, one should focus on their self-awareness, their position in life and the many taxing roles they have to play.

We have paid a lot of attention on the *experiencing* aspect. This is an important factor that both constitutes the problem and holds the solution for both migrants/Turks as native Dutch. The solution should be searched in specific activities, whereby not only Turks experience the life in the Netherlands as an enrichment and gain, but also the native Dutch experience the presence of Turks in The Netherlands as an enrichment and gain. These processes should take place simultaneously, so that one side should not have to wait for the other.

## What to do now?

To achieve the desired improvements, we offer some more general recommendations as well as more specific ones concerning the MHC. In our recommendations, we emphasize *bi-culturalism*. Especially in the current times of polarization this can bridge differences.

## Recommendations related to bi-culturalism

The Dutch bi-cultural Turks have features stemming from both Turkey and The Netherlands. This may be a weakness (*nowhere at home*) or a strength (*everywhere a home*). Currently, this 'being different' is more seen as a negative attribute in our society, than as a 'surplus value' or an enrichment.

In our opinion, bi-culturalism, i.e. the combination of two identities or, more precisely, one identity with two loyalties, should not be seen as a weakness, as a double load luggage or as a lack of loyalty to one of the two. On the contrary, the pursuit of bi-culturalism will positively influence the self-confidence, self-efficacy, and the trust on one's own capacities (*empowerment*), will stimulate the sense of 'belonging' by taking away the feeling of being 'a resident of a stepmother country', and will empower the level of participation and emancipation. Bi-culturalism may eventually ensure a process of improvement with respect to the relative poor psychological health and the relative low Quality of Life of Turks in The Netherlands. This aim should not only be focused on the young, but also on the old(er) generations, given their influence on new generations.

Bi-culturalism is also a protective factor against marginalization and segregation. Bi-culturalism is within reach and should be encouraged.

## Recommendations with regard to the society and social institutions

The Netherlands should learn from the mistaken beliefs that migrants will temporarily stay in The Netherlands. Instead, one should accept that migrants shall stay. Their acculturation process should be controlled in a conscious way. The involvement of migrants in this process and the creation of a sense of 'belonging' will work miracles.

Policy makers should update their policy. It has to be different than in the first 30 years of the migration process, in which migrants were 'cuddled to death' by society and governments, but also different compared to the last years, in which they were threatened to be 'clubbed to death'. The transition between successive phases can be much smoother, if more time is allocated and migrants themselves get involved, because only then it is their problem.

Universities and other research institutes, as part of society, should focus more on the reality of migrants. Preferably, migrants should also participate in such studies, not only as 'object' but also as subject.

In this context, Turkish migrants should also themselves reach out to the natives and even to other migrants. They should change their attitude of 'sick, pathetic' foreigners, change their distrust, and activate their *empowerment*. They should, instead of a passive-dependent or passive-aggressive stance, adopt a pro-active attitude and expand their range as to their participation in daily life in The Netherlands. They should also attach more value to their lives in The Netherlands, not only in material terms, but also in the immaterial sense.

## Recommendations concerning the mental health care

Given the position of migrants in general in the MHC and that of Turks in particular, the MHC deserves extra attention, so they can give extra attention to these groups by means of interculturalisation.

When we talk about the interculturalisation process of the MHC, we mean the conscious interaction with people with a foreign, ethnic, and cultural origin.

An intercultural MHC should focus in a conscious and consistent way to address to the following types of changes (Can, 2000): (i) organizational changes, (ii) care-content changes, (iii) change for immigrant clients, and (iv) change for referrers (external cooperation policy).

In short, the interculturalisation of the MHC will have positive effects on the psychological health and Quality of Life of Turks and other foreigners. The above mentioned activities will give an extra impulse to the rerooting process of Turks by providing Turks a new home. To confirm this process, The Netherlands should welcome the Turks explicitly. As a famous Turkish expression reads: The sweet tongue gets the snake out of his cage. This should also be said in Dutch society: "Turks, do feel at home in The Netherlands!"

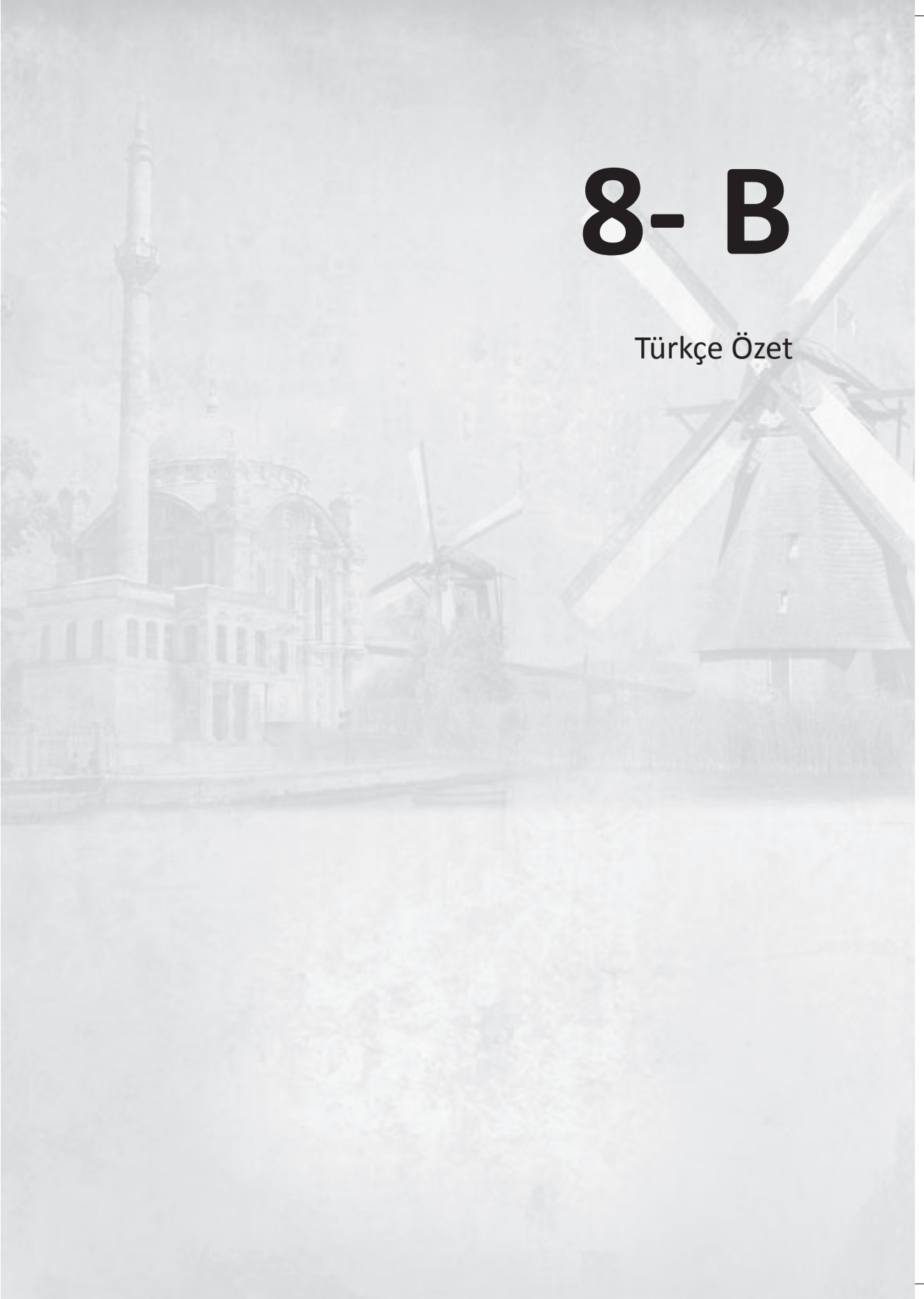


## References

- Arrindell, W.A., & Ettema, J.H.M. (1986). *SCL-90: Handleiding bij een multidimensionele psychopathologie-indicator*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Can, M. (2000). *Interculturalisatie checklist voor de geestelijke gezondheid*. Tilburg: GZZ Midden- Brabant.
- Costa, P.T., Jr., & McCrae, R.R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and the Five Factor Inventory (NEO-FFI): Professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, Inc.
- Derogatis, L.R., Limpman, R.S., & Covi, L. (1973). SCL-90, an outpatient psychiatric rating scale. *Psychopharmacological Bulletin*, 9, 13-28.
- Eser, S.Y., Fidaner, H., & Fidaner, C. (1999). Yaşam kalitesinin ölçülmesi, WHOQOL-100 ve WHOQOL-Bref [Het meten van de Kwaliteit van Leven met de WHOQOL-100 en de WHOQOL-Bref]. *3P Dergisi*, 7, 5-13.
- Fidaner, H., & Fidaner, C. (1984). *SCL-90 Ruh Sağlığı Testi'nin uygulaması ve metodolojik sorunlar* [Het gebruik van de SCL-90 en de methodologische problemen daarvan]. Bursa: 20. Psikiyatrik ve Norolojik bilimler kongresi.
- First, M.B., Spitzer, R.L., Gibbon, M., & Williams, J.B. (1997). *The Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis-II Disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Giel, R., & Nienhuis, F.J. (1999). *SCAN 2.1. Vragenschema's voor de klinische beoordeling in de neuropsychiatrie. Interview- woordenlijst*. Groningen: Swets Test Publishers.
- Gülgöz, S. (2002). Five-factor model and NEO-PI-R in Turkey. In A.J. Marsella, R.R. McCrae, & J. Allik (Red.), *The five-factor model across cultures* (pp. 175-196). New York, NY: Kluwer Academic Plenum.
- Spitzer, R.L., Williams, J.B.W., Gibbon, M., & First, M.B. (1990). *Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders (SCID-II)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Trompenaars, F.J., Masthoff, E.D.M., Heck, G.L. van, Hodiamont, P.P.G., & Vries, J. de (2006). The WHO Quality of Life Assessment Instrument (WHOQOL-100): Investigating its discriminant ability for psychiatric outpatients. *European Journal of Psychological Assessment*, 22, 207-215.
- Vries, J. de (1996). *Beyond health status. Construction and validation of the Dutch WHO Quality of Life assessment instrument*. Academisch proefschrift. Tilburg: Universiteit van Tilburg.
- Vries, J. de, & Heck, G.L. van (1995). *De Nederlandse versie van de WHOQOL-100*. Tilburg: Universiteit van Tilburg.
- WHOQOL Group (1994). The development of the World Health Organization Quality of Life Assessment instrument (the WHOQOL). In J. Orley & W. Kuyken (Red.), *Quality of life assessment: International perspectives* (pp. 41-60). Berlin: Springer-Verlag.

# 8- B

Türkçe Özet





Bu doktora tezinde Hollanda da yaşayan Türklerin göçmenlik duygusu, ruhsal rahatsızlıkları ve yaşamlarının kalitesi konuları hakkında yapılan araştırma sonuçları anlatılmaktadır.

## Araştırma amaç grubu

Bu tezde sözü edilen araştırma amaç grubunu Hollanda da yaşayan 229 psikiyatri kliniği hastası- ki bunların 204'ü yeni başvuran ve 25'i o an tedavide olan hastalardır- ve 200 klinik dışı genel popülasyon olmak üzere 429 Türk kökenli denek oluşturmaktadır.

## Yöntem

Bu araştırma sırasında aşağıdaki genel ve psikiyatride kullanılan klinik ölçekler kullanılmıştır: Sosyodemografik Veri Toplama Formu, SCAN 2.1, SCL-90, SCID- II, NEO-PI-R ve WHO-QOL-100. Türklerdeki göçmenlik duygusunu saptayıp ölçebilmek için ayrıca 'Göçmenlik Duygusu Ölçeği' de oluşturulmuştur. Teknik nedenlerle SCAN 2.1, SCID-II ve NEO-PI-R'i sadece psikiyatri kliniğine başvuran hastalarda uygulanmıştır.

## Araştırma sonuçlarıyla ilgili saptamalar

### Araştırma grubunun genel özellikleri

Araştırma grubunun yaklaşık % 61'i ni kadınlar oluşturmaktadır. Grubun yaş ortalaması 31-45 yaşları arasındadır. Grubun % 81' i evli olup, % 83'ü nün de çocukları vardır. Grubun eğitim düzeyi literatürde karşılaşılan Hollandalı Türklerden daha yüksektir.

Araştırma grubunun çoğunluğu Türkiye de yaşadıkları dönemde büyük bir şehirde oturmuş olup, yurt içinde göçmenlik deneyimi olmayan kişilerdir. Hollanda'da oturanların çoğunluğu 21-25 yıldır buradadırlar. Yine çoğunluğun Hollanda ya geliş nedeni 'aile birleşimi' dir. Hollandaca ve Türkçe bilenler grubun çoğunluğunu oluşturmaktadır. Araştırma sırasında deneklerimizin üçte ikisi bir işte çalışmamaktaydı ve bu oran kliniğe başvuran grupta daha yüksek olup % 75-80 civarındaydı.

Araştırma grubunun üçte ikisi ailesi ve güvenebileceği samimi (Türk) kişilerin olduğunu bildirmişlerdir. Bu kişilerin üçte biri samimi görüştükleri Hollandalı tanıdıkların da olduğunu vurgulamışlardır. Yine aynı şekilde üçte ikisi zaman zaman 'ayrımcılığa' uğradıklarını belirtmişlerdir. Araştırma grubunun % 91'i gerginlik durumlarında rahatlatma faaliyetleri yapmakta ve bunların % 40'ı agresif rahatlatma denilebilecek yöntemlere başvurmaktadırlar.

Dini inanç konusu grup için oldukça önemli bir konudur ve bunun oranı % 92'dir. İnanmayanlar içinde erkekler çoğunluğu oluşturmaktadır. İnananlar içinde genel popülasyon, klinik popülasyona göre daha çok ibadet etmektedir. Araştırma grubunun yarıdan fazlası kendilerini Hollanda'da dini inançlarından dolayı baskı altında hissetmektedir. Grubun %

70'den biraz fazlası hem geleceklerini hem de yaşamlarının son günlerini Türkiye' de geçirmek istediklerini söylerken, bu durum Türk kadınları için tam tersi olup, onlar geleceklerini Hollanda' da geçirmek istemektedirler.

Araştırma grubunun üçte biri her yıl Türkiye'ye giderken, bu durum tedavi altında olan Türkler için çok daha düşüktür ve bu düşük oran kendini Türkiye'de rahat hissetme konusunda da göstermektedir. Grubun üçte ikisi Hollanda' da ki yaşantılarından memnun iken bu durum kliniğe başvuranlarda çok daha düşüktür. Hollanda'dan memnun olmayanlar çoğunlukla iyi bir sosyal yaşantılarının olmadığından dolayı memnun olmayıp, sıkıcı, soyutlanmış ve sosyal sorunlu bir yaşantılarının olduğunu vurgulamışlardır. Burada yaşantılarından memnun olanlar neden olarak, ekonomik imkanları, lüksü ve düzenli yaşantı biçimlerini belirtmişlerdir. Geleceğe yönelik olarak araştırma grubu maddi olarak daha iyi bir yaşantı beklentisinde olup aynı zamanda gelecekle ilgili bir çok kaygı ve korkularının da olduğunu belirtmişlerdir.

## Göçmenlik Duygusu

Bu tezin 3.cü bölümünde teorik olarak göçmenliğin duygusal yönü ayrıntılı olarak incelenmiştir. Her göçmenin göçmenlik yaşantısıyla ilgili kendine özgü düşünüş, hissediş ve davranış biçimleri vardır. Bunu daha somut olarak vurgulayabilmek için bu bölümde dört boyutlu bir şema verilmiştir. Bunun bir boyutunu kayıplar ve fakirlik gibi 'negatiflik' oluştururken diğer boyutunu da kazanma ve ileriye gidiş gibi 'pozitiflik' oluşturmaktadır.

Yine aynı şekilde bir boyutu 'maddi konular' oluştururken diğer boyutu da 'manevi konular' oluşturmaktadır. Bu anlamda göçmenliğin negatif yanlarının daha ağır bastığı saptanmıştır.

## Hollanda da ki Türklerde Göçmenlik Duygusu

Tezin 4. cü bölümünde daha önce sözü edilen Hollanda' da ki Türklerde 'Göçmenlik Duygusu Ölçeği' nin oluşturulması süreci anlatılmıştır. Bu ölçek sonuçta 90 kapalı ve 5 açık uçlu 95 sorudan oluşmuş ve araştırma grubunun hepsinde uygulanmıştır. Bu ölçek şu 5 alt boyuttan oluşmaktadır: 1. Kabul edilmeme ve terslenme duygusu; 2. Kayıplar, şaşkınlıklar ve kimlik-kişilik karmaşası; 3. Türkiye' ye ve geçmişe yönelim; 4. Türklerin kendi içlerindeki güvensizlikleri, kuşkuları, uzaklaşmaları, sadakat ve sadakatsızlıkları ve de 5. Hollanda'yla ilgili zenginlik, ilerleme ve memnuniyet duyguları. Görüleceği gibi bu konuların çoğunluğu negatif içerikli olup kendi içinde de bazı çelişkiler göstermektedir. Buna örnek Hollanda' da ki Türkerin Türkiye' ye çok fazla önem vermelerine rağmen kendi aralarındaki uzaklaşmaları ve güvensizlikleri verilebilir.

Bu ölçekle ilgili olarak bir çok analiz yapılmıştır. Bu konuda dikkat çeken önemli saptamalardan birisi de kliniğe baş vuran hastaların genel popülasyondan çok daha fazla miktarda 1.ci, 2.ci ve 4.cü boyutun konularıyla yoğun olduklarıdır. Ayrıca erkekler 1 ve 3 nolu konularda kadınlardan daha yüksek oranda puan almışlardır. Yine saptanmıştır ki Hollanda'

da ki Türklerden göçmenliği bir kayıp, kimlik ve kişilik karmaşası olarak algılayıp Türkiye'ye ve geçmişe yönelimli olanların genel sağlık durumları ve yaşam kaliteleri diğerlerine göre daha kötüdür. Aynı şekilde Hollanda'da ki yaşantılarını kayıp olarak görenlerin kimlik-kişilik karmaşası yaşadıkları ve bedensel ve ruhsal olarak sağlıklarının daha kötü olduğu saptanmıştır.

Türklerin kendi içlerindeki durumlarıyla sağlıkları arasında da doğru orantılı olumsuz bir ilişki saptanmış olup, bir birine güvensiz, sadakatsiz ve mesafeli olan Türklerin daha sağlıksız olduğu saptanmıştır. Sonuçta kendini Hollanda'da 'bir göçmen' gibi gören Türklerin hem sağlıklarının hem de yaşam kalitelerinin daha kötü olduğu saptanmıştır. Yine önemli bir saptama da, Türk kadınlarıyla ilgili olarak yapılmış olup Türk kadını olmanın ruhsal hastalığa yakalanma riskli olduğu ve bunun içinde de Depresyon ve Yaygın Anksiyete Bozukluklarının başta geldiği görülmüştür. Yine Türk kadınlarının Türk erkeklerine göre daha nörotik oldukları saptanmıştır.

## Hollanda da ki Türklerin Ruh sağlığı

Bu başlık altında DSM-IV Eksen I ve Eksen II hastalıkları incelenmiştir.

### Eksen I- Klinik hastalıkları

Kliniğe başvuran Türk hastalarının (n= 204) % 67'sinde SCAN 2.1. ölçeğine göre bir Eksen- I hastalığı teşhis edilmiştir. Bu oran SCAN 2.1 ölçeği DSM-IV-TR ile birlikte kullanıldığında % 80'e çıkmaktadır. Bu anlamda toplam 336 Eksen-I hastalık teşhis edilmiş olup bunlar 51 başlıkta toplanmıştır. Bunların içinde Duygudurum Bozuklukları en başta gelirken, onları Anksiyete Bozuklukları ve de Uyku Bozuklukları izlemektedir. Ayrıca Türk kadın hastaları erkeklerle göre daha fazla hastalık teşhisi almışlardır. Beklentilerin tersine 'Somatoform Bozuklukları rahatsızlıkları' na oldukça az rastlanmıştır.

Bu başlıkta ayrıca SCL-90 Ruhsal Belirti Tarama Listesi kullanılarak ta bazı saptamalarda bulunulmuştur. Bu ölçekteki toplam Genel Belirti düzeyi puanı kliniğe başvuran ve tedavide olan hastalarda genel popülasyona göre oldukça yüksek yani sağlıksız çıkmıştır. Bu durum aynı zamanda SCL-90'ın ölçtüğü diğer rahatsızlık tipleri için de geçerlidir. Ayrıca bütün araştırma grubu içinde Türk kadınları erkeklerle göre daha yüksek yani sağlıksız puanlar almışlardır. Dikkat çeken başka bir konu da bizim genel popülasyonun SCL-90 puanlarının Hollandalı psikiyatri klinik hastalarınınkinden oldukça yüksek yani sağlıksız oluşudur.

### Eksen II- Kişilik bozuklukları

Bu başlık altında önce araştırma grubunun kişilik özellikleri ve sonra da kişilik bozuklukları incelenmektedir.

Kişilik özellikleri NEO-PI-R kişilik envanteri sayesinde araştırılmıştır. Önce Türk kadın ve erkekleri arasındaki farklılıklara bakılmıştır. Ancak 'geçimlilik' boyutunun dışında herhangi

bir farka rastlanmamıştır ve burada kadınlar daha yüksek puan almışlardır. Ayrıca ‘sorumluluk’ boyutuyla iyi bir yaşam kalitesi ve sosyal ve fizik çevreden memnuniyet arasında doğru bir ilişki bulunmuştur. Kendinde ‘ayrıntılı düşünme’, ‘beceriklilik duygusu’, ‘düzenlilik’ ve yüksek oranda ‘öz disiplinlik’ özellikleri olan Türkler bu özellikleri az olan Türklere göre daha iyi bir ruhsal durum içindedirler. Aynı şekilde ‘dışa dönük’ karakter özelliği olan Türklerde yaşam kalitelerinin yüksekliği, yaşam çevrelerinin iyiliği, sosyal ilişkilerinden memnuniyet ve bedensel ve ruhsal sağlıklarında diğerlerine göre daha fazla hoşnutsuzluk saptanmıştır. Aynı durum ‘duygusal dengesizlik’ gösteren Türklerde tersi şekilde saptanmış olup, bu kişiler daha kaygılı, kontrolsüz davranış gösteren, strese dayanıksız olup depresyona eğimli, kendi genel sağlık durumları, çevreleri ve de yaşam kaliteleri hakkında olumsuz düşünen kişilerdir. Ayrıca ‘yeni deneyimlere açık’ olan Türklerin yaşam kalitelerinin yüksek olduğu da saptanmıştır.

Başkalarıyla ‘geçimlilik’ karakter özelliği gösteren Türklerin başkalarına karşı düşmanlık ve güvensizlik duyguları diğer başka tür özellikleri olanlardan daha az bulunmuştur. ‘Sorumlu’ karakter özelliği olan Türkler, daha az ruhsal rahatsızlıklara, korku ve kaygıya, depresyona, takıntılı düşünce ve davranışlara ve düşmanca duygu ve düşüncelere sahiptirler. Bunun tersi bir durum ‘içe kapanık’ ve ‘duygusal dengesizlik’ karakter özelliği olan Türklerde de görülürken, ‘yeni deneyimlere açık’ karakter özelliği olan Türklerin, bedensel ve ruhsal sağlıklarının daha iyi olduğu da saptanmamıştır.

Sonuçta Hollandalı psikiyatri hastaları bile karakter özelliği olarak Türk hastalara göre daha geçimli, açık ve dışa dönüktürler. Sorumluluk özelliği olarak bu iki grup arasında bir fark olmazken, Hollandalı kadınlar Türk kadınlarına göre duygusal olarak daha dengesiz ve Türk erkekleri de Hollandalı erkeklere göre duygusal olarak daha dengesiz bulunmuşlardır.

Bu karakter özellikleri yanında Eksen-II kişilik bozuklukları da araştırılmış olup, SCID- II ölçeği sayesinde konulan teşhislere göre Türk hastalarımızın % 37.7’sine her hangi bir Eksen-II kişilik bozukluğu teşhisi konulmuştur. Bu hastalarımızın % 23’üne sadece bir kişilik bozukluğu teşhisi konurken diğerlerinin birden çok teşhisi vardır. Konulan teşhisler içinde Obsesif- Kompulsif Kişilik Bozuklukları nerdeyse %13 ile en çok konulan bir teşhistir. Depresif Kişilik Bozukluğuna en çok Türk kadın hastalarında rastlanırken, Pasif- Agresif Kişilik Bozukluğuna Türk erkeklerinde rastlanmaktadır. Her şeye rağmen Türk hastalarına konulan yukarıdaki orandaki kişilik bozukluğu teşhisi Hollandalı hastalarla kıyaslandığında oldukça düşüktür, zira onların yüzdesi 60.4’tür.

## Hollanda da yaşayan Türklerde Yaşam Kalitesi

Bu başlık altında bir kaç konuya değinilmektedir. Bu anlamda söz konusu Türk hastaların ‘hissedilen sağlık kalitesi’ diğer genel popülasyonunkine göre oldukça kötüdür. Bu durum genel olarak kadın araştırma grubunda da görülüp, kadınların hissettikleri sağlıklılık durumu oldukça kötüdür. Yine bir başka konuyu araştırma grubunun ‘şu ana kadar yaşadıkları hastalık çeşitleri’ kapsamaktadır. Bu anlamda ilk sırayı Psikiyatrik Hastalıklar almakta ve ikinci sırada

Hematolojik yani kan ve kan bozukluklarıyla ilgili rahatsızlıklar gelmektedir. ‘Şu an var olduğu düşünülen hastalık çeşidi’ konusunda ilk sırayı Kas ve iskelet sistemi hastalıkları ve ikinci sırayı da Psikiyatrik Hastalıklar almıştır.

Genel olarak ‘yaşamın kalitesi’ konusuna gelindiğinde araştırmamızın genel popülasyonu, diğer klinik hastalarımıza göre dah iyi bir yaşam kalitesi, ruhsal sağlık, bedensel sağlık, sosyal ilişkiler ve çevresel alana sahiptirler. Ayrıca erkekler kadınlara göre ruhsal sağlık açısından daha iyi durumda olurken diğer konularda her hangi bir farka rastlanmamaktadır.

Dikkat çeken bir konu da araştırma grubunun herhangi bir Eksen-I hastalığının olup olmamasıyla yaşamın kalitesi arasında her hangi bir ilişkinin de bulunamamış olmasıdır. Bu anlamda önemli bir saptama da Hollandalıların hem genel popülasyonun hem de psikiyatri hastalarının yaşamın kalitesi puanlarının bizim araştırma grubundaki Türklerinkinden çok daha yüksek olmasıdır.

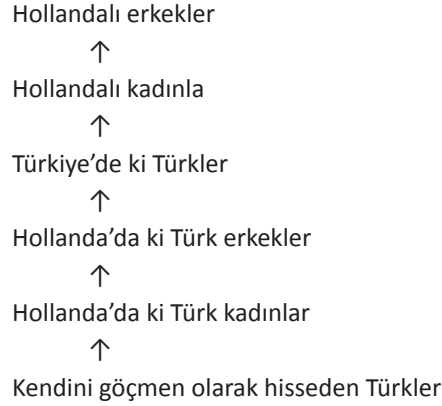
## Genel saptamalar

Gerek bizim araştırma sonuçlarına ve gerekse literatürdeki bulgulara göre şu saptamalar yapılmıştır:

- Hollanda’ da ki Türklerin ruh sağlığı Hollandalılara ve de Türkiye’ de ki Türklere göre daha kötüdür ve Türk kadınların durumu hem Hollandalı hem de Türk erkeklerinden daha kötüdür;
- Türk hastalarımızın ruh sağlığı genel popülasyon Türklerden ve Türk erkeklerin ruh sağlığı da Türk kadınlarıninkinden daha kötüdür;
- Türk hastalarımız genel popülasyon Türklerden, Türk kadınlar Türk erkeklerden, Türkler Hollandalılardan ve hatta Türkiye’de ki Türklerden daha nörotik yani duygusal dengesizdirler;
- Türk hastaların yaşam kalitesi genel popülasyon Türklerinkinden, Türk kadınların yaşam kalitesi Türk erkeklerinkinden, Hollanda’ da ki Türklerin yaşam kalitesi de Hollandalılarıninkinden daha kötüdür;
- Türk hastaların ‘Göçmenlik Duygusu Ölçeği’ puanları genel popülasyon Türklerinkinden, Türk kadınlarının ki de Türk erkeklerinden daha yüksek olup, bu da bu grupların göçmen olmaktan kurtulamadıkları ve göçmenliğin olumsuz yanlarıyla boğuştukları anlamına gelmektedir;
- Türklerden kendini hala bir göçmen olarak hissedenler daha bozuk bir sağlığa ve daha düşük bir yaşam kalitesine sahiptirler.

Yukarıdaki saptamaları şematik olarak en iyi durumdan en kötüye doğru şu şekilde sıralayabiliriz:





Sonuçta bu araştırmada incelediğimiz üç konu arasında bir ilişkinin olduğu belli olmakla birlikte bunlar arasındaki neden-sonuç ilişkisi yönü belli değildir ve bunun araştırılıp saptanması gerekmektedir.

Göçenlik yaşantısı her ne kadar positif yani zenginlik ve ilerleme olarak algılanabilecekse de aynı zamanda negatif yani kayıp ve fakirlik olarak ta algılanabilir. Yukarıdaki şemadan da anlaşılacağı gibi Hollanda’ da ki Türkler bunu daha çok negatif bir şey olarak algılayıp yaşamakta ve Hollandaya yeniden bağlanmaya çalışmaktadırlar. Bu anlamda sadece göçmen olmak değil, aynı zamanda kendini göçmen olarak hissetmek, göçmen gibi düşünmek ve yerli halk tarafından bir göçmen olarak görülüp algılanmanın etkileri de neden ve sonuçlarıyla araştırılması gerekmektedir. Zira bu konularda yapılacak iyileşmeler onların sağlığını ve yaşam kalitesini de olumlu olarak etkiliyecektir.

Yukarda ki saptamalardan da anlaşılacağı gibi işlenen konu çok boyutları olan hem göçmenleri, hem yerli halkı, hem bireyleri, hem toplumu, hem maddi hem de manevi konuları kapsayan bir konu olduğu için ve bunların işbirliği içinde çözümlenebilecek ve iyileştirilebilecektir de. Ancak bu şekilde Hollanda’ da yaşayan Türkler ‘yersiz-yurtsuzluktan’ ‘baba ocağı- ana kucacı’ duygusuna geçebileceklerdir. Bu anlamda Türk kadınlarının durumuna ekstra dikkat çekmek gerekecektir. Onlar geldikleri kültüre bağlı bir takım sorun ve zorluklar yanında, bir göçmen, bir göçmen kadın, göçmen işçi, göçmen eşi, göçmen anası gibi yeni rol ve buna bağlı sorunlarla boğuşmaktadır. Bu anlamda onların bilinçlendirilmesi ve güçlendirilmesi gerekmektedir.

Yukarıda değinilen ‘göçmenlik duygusu’ gerçekten çok önemli bir konudur. Aslında bu duygunun tamamen kaldırılması için taraflar artık ellerinden geleni yapmak durumundadır. Türkler Hollanda’da ki yaşantılarını bir fakirlik, gerileme, kayıp gibi değil de bir ilerleme, zenginleşme ve gelişim olarak görmek ve Hollandalılar da Türkleri bu topluma olumlu katkıları bulunan, artı değeri olan ve onu zenginleştiren kitle olarak görmek durumundadır. Bu anlamda ‘siz - biz’ duygularının artık ortadan kalkması için yeni çalışmaların yapılması gerekmektedir ve bu iki tarafın da yararına olacaktır.

## Öneriler

Bu başlıkta iki-kültürlülük, toplum ve toplumsal kurumlar, yasa ve kural koyucu ve uygulayıcılar, üniversiteler ve Ruh sağlığı ve hastalıkları kliniklerine yönelik somut önerilerde bulunmaktadır. Doğal olarak bu arada Türklerin de neyi ve nasıl farklı olarak yapabileceklerine de değinilmektedir.

Herkesin yararına olması anlamında önemli ve kalıcı değişiklikler yapabilmek için önerebileceğimiz önemli bir konu 'iki- kültürlülük' olgusu ve bunun kabul edilmesidir. Özellikle ayrımcılığın, zıtlaşmaların, kutuplaşmaların yaşandığı bu zamanlarda bu neredeyse bir zorunluluk haline gelmiştir.

İki-kültürlülük Türklerin hem Türkiye hem de Hollanda ile ilgili özelliklerinin birleştirilmeye çalışması anlamına gelir. Bu iki arada- bir derede kalmak demek değildir. Tam tersi iki farklı öğenin birleştirilmesi çabasıdır.

Bu anlamda iki-kültürlülük yani iki kültürel kimliğin veya bir kimlikte toplanmış iki sadakat ve vefanın bir zayıflık değil de değer olarak görülmesidir. Zira bu hareket noktası bu kişilerin şahıslarında iki kültüre olan sevgi, saygı ve güvenlerinin güçlenmesine ve Hollanda toplumuna bir anavatan duygusuyla katılımlarına yol açıp ve üvey evlat duygusundan kurtulmalarına yol açacaktır. Bu da onların toplumsal yaşama daha aktif katılımını destekleyecektir. Bu tür duygu, düşünce ve davranışlar da sonunda Türklerin konumuz olan ruh sağlığı ve yaşam kalitesine olumlu etkilerde bulunacaktır. Bu tür çalışmalar sadece yeni değil birinci ve ikinci kuşakları da kapsamak durumundadır. Zira iki-kültürlülük kişi ve toplumların marjinalleşme ve soyutlanmasının da pan-zehiridir. Bunun için iki-kültürlülük olmalı ve olabilmelidir.

İki kültürlülük kadar önemli olan bir öneri de topluma ve toplumsal kurumlara yönelik olmalıdır. Bu anlamda Hollanda toplumu göçmenlerin yaptıkları 'yanlış' yapmamalı ve göçmenlerin Hollandada kalıcı olmadıklarını düşünmemelidir. Ayrıca onların kalıcı olduğu bilinçli olarak ele alınıp yönlendirilmelidir. Tabiki bu sürece göçmenlerin de aktif katılımı oluşturulabilecek ortaklaşa bir duyusunu çok daha güçlendirecektir.

Yasa ve kural koyucu ve uygulayıcıları da artık uyanmak ve durumu başka açılardan görmek durumundadır. Bu anlamda göçmenlerin ilk otuz yılda ki 'ikrama boğulmaları' ve son on yılda ki 'cani gibi görülmeleri' artık tarihe karışmalıdır. Bu ikisi arasındaki geçiş daha yavaş, mantıklı ve dostça olmalıdır. Göçmenlerin çözüm ve yaklaşım önerilerine aktif katılımı bu süreci ortak soruna ortak çözüm olarak görmelerine yol açacaktır.

Önemli toplumsal bir kurum olan üniversiteler ve diğer araştırma kurumları yaptıkları çalışmaları Batı Avrupa göçmenlerinin gerçeklerine göre ayarlamak zorundadırlar. Dünyanın başka yerlerinde (tarihte) yaşanan göçmenlik olgusuna yaklaşım biçimleri artık günümüz göçmenlerinin anlaşılmasına ve sorunlarının çözülmesine gerçek katkıda bulunacak durumda değildir. Zira günümüzün Batı- Avrupa (müslüman) göçmenleri göçmenlik tarihini yeniden yazmaktadırlar. Bu anlamda göçmenlerin bilimsel araştırmalara sadece obje

olmamaları aynı zamanda subje de olmaları bunun daha iyi gerçekleştirilmesine yol açacaktır.

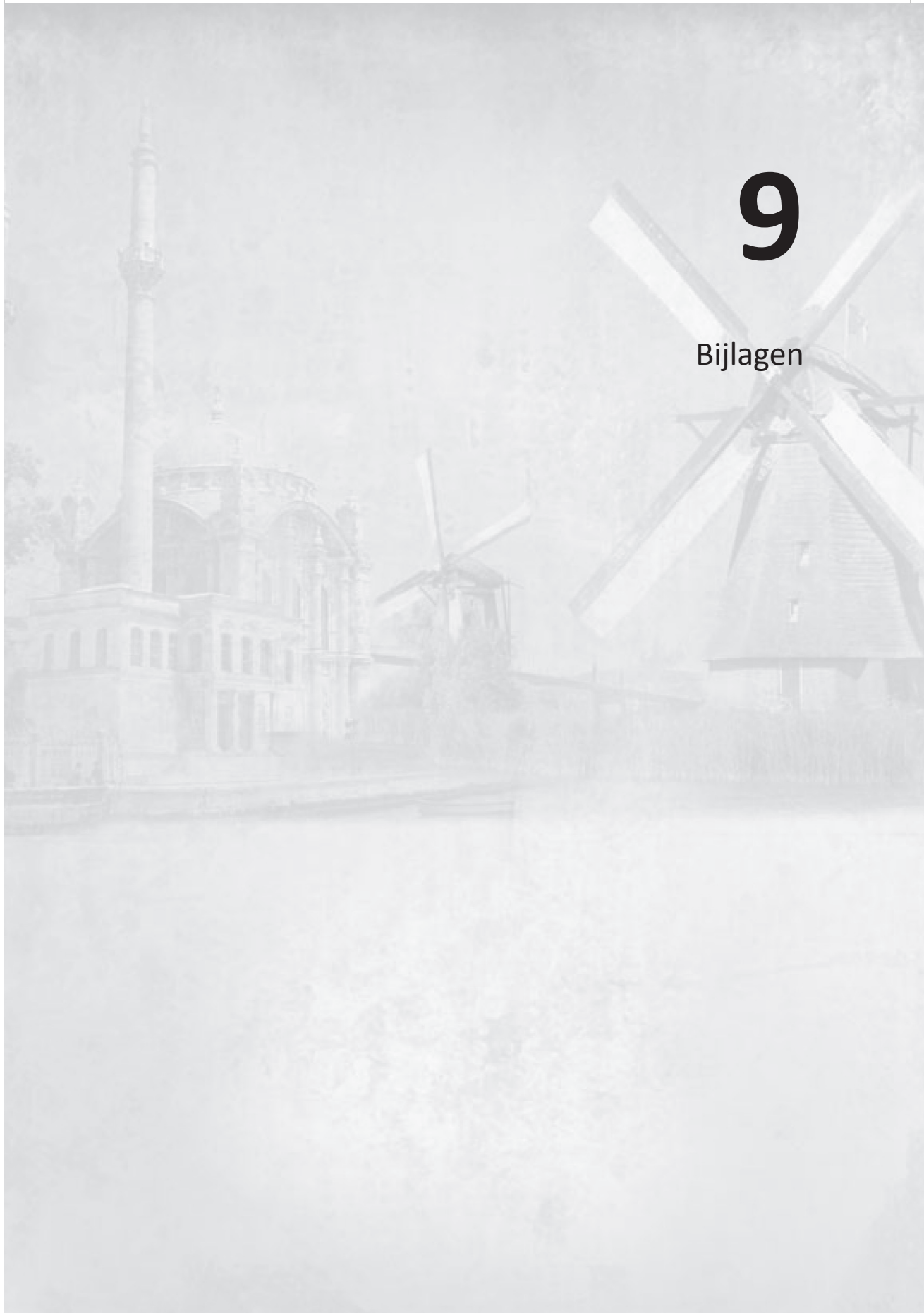
Bu anlamda Hollanda’ da yaşayan Türklere de önemli görev düşmektedir. Önce Türkler hem yerli halka hem de diğer azınlık ve göçmenlere karşı ellerini uzatıp kucaklarını açmalıdırlar. Onlar da kendilerini çok kültürlü yapmak için uğraşmalıdırlar. Ayrıca yıllardır var olan öğrenilmiş çaresizlikten, bağımlı, sorunlu, hasta veya gariban Türk imajından kurtulup kendilerine olan güvenlerini tazeleyip seslerini olumlu anlamda duyurmalıdırlar. Ayrıca Hollanda’daki yaşantıya aktif katılıp Hollanda’ da yaşıyor olmayı sadece maddi değil, manevi olarak bir zenginlik haline getirebilmelidirler.

Hollanda toplumunda çok önemli bir yeri olan ve giderek artan oranda başta Türkler olmak üzere azınlıkların sorunlarıyla meşgul olmak durumunda olan önemli bur kurum da Ruh sağlığı ve hastalıkları klinikleridir. Bu kurumların çok kültürlü olabilmelerinin Türklere çok olumlu etkileri olacaktır ve onların sorun ve hastalıklarına etnik ve kültürel özellikleri göz önüne alınarak yapılacak yaklaşımlar onların ruh sağlığı ve yaşam kalitelerine olumlu katkılarda bulunacaktır. Bu kurumların çok kültürlü olabilmesi için aşağıdaki dört alanda özel bir takım çabalara girmeleri gerekmektedir: (i) Organizasyon boyutlu değişiklikler; (ii) Sağlık hizmetlerinin içeriğiyle ilgili değişiklikler; (iii) Yabancı hastalara özel hizmetler ve (iv) Başta aile hekimleri olmak üzere havale eden ve beraber çalışılan kurum ve kuruluşlara yönelik özel hizmetler.

Sonuç olarak yukarıda önerilen hizmetlerin Hollanda da yaşayan Türklerin Hollanda’ya yeniden bağlanmalarına önemli desteği olacaktır. Bu sürece davetiye çıkarmak adına bir Türk atasözünün de ‘tatlı dil yılanı deliğinden çıkarır’ dediği gibi Hollanda toplumunun da Türklere artık ‘Ey Türkler, Hollanda’ da kendinizi artık evinizde hissedin’ deme ve bu duyguyu yaşatma zamanı gelmiştir.

# 9

Bijlagen





## 9 Bijlagen

### Bijlage 1.1 Biografische Vragenlijst

- 1- Uw sexe
  - a- Man ( )
  - b- Vrouw ( )
  
- 2- Uw leeftijd is:.....
  
- 3- Uw burgerlijke staat is
  - a- Ongehuwd ( )
  - b- Gehuwd ( )
  - c- Weduwe ( ) , weduwnaar ( ) , gescheiden ( )
  - d- Samenwonend ( )
  - e- Overigen ( ).....
  
- 4- Heeft u kinderen?
  - a- Nee ( )
  - b- Ja ( ) ; Hoeveel zoons?:.....  
Hoeveel dochters?:.....
  
- 5- Uw woning
  - a- Koopwoning ( )
  - b- Huurwoning ( )
  - c- sociaal Pension ( )
  - d- op kamers(student ( )
  - e- thuis bij ouders ( )
  - f- geen vaste woonplaats/zwervend ( )
  - g- overigen ( )
  
- 6- Waar woonde u in Turkije, voordat u naar het buitenland ging (naam van plaats)?  
.....
  - a- een dorp ( )
  - b- kleine stad ( )
  - c- grotestad ( )

7- Heeft u ervaring met binnenlandse migratie in Turkije?

a- Nee ( )

b- Ja ( ); hoe? van.....naar.....

8- Hoe lang woont u al in Nederland?

a- 1 -5 jaar ( )

b- 6 - 10 jaar ( )

c- 11 - 15 jaar ( )

d- 16-20 jaar ( )

e- 21-25 jaar ( )

f- 26- 30 jaar ( )

g- 31- 35jaar ( )

h- 36- 40 jaar ( )

i- >41 jaar ( )

9- Wat was de reden van uw migratie naar Nederland?

a- Werk ( )

b- Toerisme ( )

c- Gezinshereniging ( )

d- Studie ( )

e- Anders ( ) : .....

10- Wat is uw opleidingsniveau en waar hebt u het gedaan? :.....

a- Analfabeet ( )

b- Kan lezen en schrijven maar zonder diploma ( )

c- Basisschool ( )

d- Middelbare school ( )

e- Voortgezet middelbare onderwijs ( )

f- Hogeschool/universiteit ( )

g- Anders ( )

11- Wat is uw niveau van Nederlands?

a- Heel goed ( )

b- Goed ( )

c- Gemiddeld ( )

d- Slecht ( )

e- Geen ( )

12- Wat is uw niveau van Turks?

- a- Heel goed ( )
- b- Goed ( )
- c- Gemiddeld ( )
- d- Slecht ( )
- e- Geen ( )

13- Wat is uw oorspronkelijk beroep?:.....

14- Werkt u momenteel?

- a- Ja ( ) Wat doet u voor een werk?:.....  
Hoe tevreden bent u met uw werk?:.....
  - Zeer tevreden ( )
  - Tevreden ( )
  - Gemiddeld tevreden ( )
  - Niet tevreden ( )
  - Helemaal niet tevreden ( )
- b- Nee ( ): Wat voor een inkomen/ uitkering hebt u dan?
  - WAO/AOW ( )
  - WW ( )
  - VUT/Pensioen ( )
  - Combinatie: Werk/Ziektewet ( ), Ziektewet/WW ( )
  - Sociale dienst/Bijstand uitkering ( )
  - Studiefinanciering ( )
  - Anders ( ):.....

15 - Heeft u familie in Nederland?

- a- Nee ( )
- b- Ja ( ): Hoe vaak hebt u contacten met hen?:.....

16- Zijn er mensen in uw omgeving met wie u zonder enige terughoudendheid en problemen kunt praten en uw problemen kunt delen?

- a- Nee ( ): Zou u dat willen hebben? Nee ( ), Ja ( )
- b- Ja ( ): Wie zijn ze?:.....  
Hoe vaak praten jullie met elkaar?:.....



17- Hoe zijn uw contacten met Nederlanders?

- a- Vrij intiem ( )
- b- Afstandelijk ( )
- c- Gemiddeld ( )
- d- Slecht ( )
- e- Geen contacten ( )

18- Denkt u dat u u ooit gediscrimineerd bent, omdat u allochtoon bent?

- a- Nee ( )
- b- Ja ( ): Hoe vaak?
  - Vrij vaak ( )
  - Soms ( )
  - Zelden ( )

19- Zijn er onderwerpen waarover u piekert?

- a- Nee ( )
- b- Ja ( ): Waarover:.....

20- Bent u tevreden met uw leven in Nederland?

- a- Nee ( ) Waarom?.....  
.....
- b- Ja ( ): Hoe tevreden bent u?
  - zeer tevreden ( )
  - tevreden ( )
  - gemiddeld ( )
  - een klein beetje tevreden ( )

21- Wat zijn volgens u de goede/positieve kanten van het leven in Nederland? :.....

.....  
.....

22- Wat zijn volgens u de slechte/negatieve kanten van het leven in Nederland? :.....

.....

23- Als het aan u zou liggen waar zou u uw ouderdom/toekomst liever willen doorbrengen?

- a- In Nederland ( )
- b- In Turkije ( )

c- Elders ( ) :.....

24- Is dit te realiseren voor u?

a- Ja ( ) : want.....

b- Nee ( ) : want? :.....

25- Hoe vaak gaat u naar Turkije?

a- Jaarlijks ( )

b- Een keer per twee jaar ( )

c- Anders ( ) :.....

26- Vergeleken met vroeger, in hoeverre voelt u zich daar nu op uw gemak?

- Heel erg op mijn gemak ( )

- Erg op mijn gemak ( )

- Gemiddeld op mijn gemak ( )

- Niet op mijn gemak ( )

- Helemaal niet op mijn gemak ( )

En waarom? :.....

.....  
.....  
.....

27- Wat doet u in uw vrije tijd (bijv. lichamelijk en/of sociale

activiteiten)? :.....

.....

28- Heeft u last van een lichamelijke ziekte(gehad)?

a- Nee ( )

b- Ja ( ) : Wat hebt u (gehad)? : .....

c- Bent u in behandeling (geweest)daarvoor? Ja ( ), Nee ( ) Waarom? .....

.....

29- Heeft u last van een psychische ziekte(gehad)?

a- Nee ( )

b- Ja ( ) : Wat hebt u (gehad)? : .....

c- Bent u in behandeling (geweest)daarvoor? Ja ( ), Nee ( ) Waarom? :.....

.....

30- Wat doet u als u zich gespannen voelt, wat zijn uw manieren om hier van af te komen?:.....  
.....

31- Bent u gelovig?

a- Nee ( )

b- Ja ( ); Hoe vaak praktiseert u?

a- Altijd ( )

b- Vaak ( )

c- Soms ( )

d- Zelden ( )

e- Nooit ( )

32- Bidt u?

a- Nee ( )

b- Ja ( ) Waarover?

- Materiële zaken: onroerendgoed ( ), geld ( ), anders ( ).....

- Immateriële zaken: gezondheid ( ), levenslust ( ), kinderen ( ), kleinkinderen ( ), ouders ( ), toekomst ( ), na de dood ( ), anders ( ):.....

33- Gelooft u in de traditionele geneeswijzen zoals islamitische genezers, kracht van amulet, magie, kruiden e.d?

a- Nee ( )

b- Ja ( )

welke?:.....

34- Heeft u zelf ooit met ze te maken gehad?

a- Nee ( )

b- Ja ( ); welke?:.....Waar?: Turkije ( ) Nederland ( ) Anders( ).....

35- Als u het zelf uit zou mogen maken waar zou u dan uw laatste levensdagen willen door brengen?

a- In Turkije ( )

b- In Nederland ( )

c- Anders ( ):.....

36- Heeft u verder opmerkingen/wat toe te voegen aan deze vragenlijst?:.....

.....

.....

.....

Ik dank u zeer dat u meedeeld met dit onderzoek.

Plaats:

Datum:

## Bijlage 2.1 Activiteiten voor spanningsreductie

‘Het veranderen van plaats en naar buiten gaan’ zijn de meest gebruikte manieren met een percentage van 11% welke zowel door mannen als door de vrouwen bijna even vaak gebruikt worden (49% tegen 51%). Hiernaast komt het ‘huilen’ als een manier van ontspannen in de gespannenheid voor. Hierbij valt meteen op dat dit een manier is die bijna alleen door vrouwen wordt gebruikt (96%).

*Tabel 1 Percentage Activiteiten om te Ontspannen en Verdeling naar Sekse (n=390)*

Activiteit om te ontspannen	Percentage	Man	Vrouw
Van plaats veranderen, naar buiten gaan	11	49	51
Huilen	11	4	96
Wandelen	11	53	47
Dingen kapot gooien, schreeuwen, afreageren, ruzie maken	10	27	73
Zichzelf afzonderen, met niemand of met zichzelf praten	8	28	72
Kletsen, praten, op bezoek gaan	5	41	59
Tot 10 tellen, zichzelf beheersen, proberen te vergeten	5	54	46
Naar bed gaan, slapen	5	13	87
Medicijn gebruiken	5	29	71
Roken	4	46	54
Afleiding zoeken, leuke dingen doen	3	37	63
Bidden	3	35	65
Lezen(Koran), schrijven(dagboek)	2	44	56
Muziek luisteren	2	36	64
Televisie kijken, internetten	2	15	85
Restcategorie	2	46	54
Drinken(koffie, thee, water)	1	17	83
Niets doen	1	50	50
Piekeren, veel nadenken	1	22	72
Sporten, bewegen	1	75	25
Hulp vragen, naar dokter gaan	1	69	40
Douche nemen, lichaam wassen	1	30	70
Alcohol drinken	1	100	0
Eten	1	50	50
Boodschappen doen, naar koffiehuis gaan	1	17	83
Harder werken	1	20	80
Beter ademen, Yoga doen	1	25	75

Even hoog als de eerste twee activiteiten scoort 'wandelen' als een gezonde manier van ontspannen met 53%. De vierde plaats wordt ingevuld door de activiteit 'dingen kapot gooien, schreeuwen, afreageren en ruzie maken' met een percentage van 10%. Dit is een agressieve manier om spanning af te reageren. Een andere manier welke 8% scoort, is het 'zichzelf afzonderen, met niemand praten of met zich zelf praten'. In de volgende tabel wordt een totaal-overzicht gegeven.

## Bijlage 2.2 Traditionele geneeswijzen

*Tabel 2 Geloof in de Soorten Geneeswijzen (n=120)*

Geneeswijzen	Percentage
Amulet	29
Genezer(haci-hoca) zelf	19
Bidden	7.5
Alle traditionele geneeswijzen	7.5
Heilige begraafplaatsen	6
Amulet & magie	6
Boze oog	5
Magie	5
Genezer & amulet	2.5
Genezer & magie	2.5
Boze oog & amulet	2.5
Genezer & amulet & magie	2.5
Kruiden	1
Kruiden & bronwater	1
Genezer & amulet & heilige begraafplaatsen & magie	1
Boze oog & amulet & heilige plaatsen & magie	1

## Bijlage 2.3 Verwachtingen van het leven in Nederland thans

Tabel 3 Verwachtingen van het Leven in Nederland Nu

Percentage verwachtingen	GGZ-a (n=204)	GGZ-b (n=25)	AP (n=200)	Totaal (N=429)
Beter leven/gelukkig leven/leven zoals ik het wil	27	23	22	24
Toekomst van eigen kinderen	16	4	8	9
Betere gezondheid voor mij zowel lichamelijk als psychisch	17	4	5	9
Veilig leven	0.5	8	10	6
Beter worden	1	11.5	1	4.5
Beter Nederlands leren spreken	2	8	1	4
Betere gezondheid voor mijn gezin	4.5	4	2	3.5
Beter werk(omstandigheden)	2.5	4	4	3.5
Betere opleiding voor mijn kinderen	0	4	5	3
Zo snel mogelijk remigreren naar Turkije	1	4	3	3
Betere economische omstandigheden	1	4	1	2
Eigen leven leiden	1	4	1	2
Carrière maken	2	0	4	2
Eigen toekomst	3	0	3	2
Geen discriminatie en de andere ongewenste omgangsvormen	2.5	0	2.5	2
Geld lenen om in Turkije te investeren	0	4	0	1.3
Positieve verwachtingen hebben	0	4	0	1.3
Goede burger worden	0	4	0	1.3
Ik heb geen hoop meer	0	4	0	1.3
Het vinden van een werk	2.5	0	1	1
(Ver)beter(d)e relatie	2.5	0	1	1
Rechtvaardigheid/ gelijkheid	0.5	0	3	1
Betere positie veroveren	0.5	0	2	1
Angst voor de acculturatie en verlies van eigen cultuur	0.5	0	2	1
Zelfstandig kunnen leven	1	0	1	1
Betere opvoeding voor mijn kinderen	0	0	2	1
Benaderd worden	1.5	0	0	0.5
Niet als een buitenlander gezien worden	0.5	0	1	0.5
Het genoeg hebben van papierwerk/ formulieren e.d.	0.5	0	1	0.5
Verder kunnen studeren	0.5	0	1	0.5

Tabel 3 Verwachtingen van het Leven in Nederland Nu (vervolg)

Percentage verwachtingen	GGZ-a (n=204)	GGZ-b (n=25)	AP (n=200)	Totaal (N=429)
Nederland dient meer cultureel/ sensitiever / toleranter te worden	0.5	0	1	0.5
Het realiseren van de multiculturele samenleving	0	0	1	-
Vrijheid	1	0	0	-
Dat Nederlanders niet jaloers worden op succesvolle allochtonen	0	0	1	-
Tevreden zijn met het huidige leven	0	0	1	-
Goede ouders worden	0	0	1	-
Weinig belasting willen betalen/ verlaging van de belastingen	0	0	1	-
Meer waarde hechten aan de 'morele zaken' dan aan materiële	0		1	-
(Een minder pijnlijk) integratietraject	0	0	1	-
Betere relatie met Nederlanders	1	0	0	-
Als een waardig mens leven en huis kopen	1	0	0	-
Het willen verlaten van Nederland	1	0	0	-
Eigen Togo beginnen	0.5	0	0	-
Een toverstokje/ bovennatuurlijke oplossing	0.5	0	0	-
Volhouden tot de pensioenleeftijd	0.5	0	0	-
Voldoende geld sparen om terug naar Turkije te gaan	0.5	0	0	-
Afkomen van de schulden	0.5	0	0	-
Beter voelen	0.5	0	0	-
Betere hulp voor allochtonen	0.5	0	0	-
Het hebben van gelijke kansen	0.5	0	0	-
<b>Totaal:</b>	197 (100%)	26 (100%)	239 (100%)	100



## Bijlage 2.4 De grote zorg in het Nederland van nu

Tabel 4 De Grote Zorg Nu in het Nederland van Nu

Percentage zorgonderwerpen	GGZ-a (n=204)	GGZ-b (n=25)	AP (n=200)	Totaal (N=429)
Eigen gezondheid	19	21	4	15
Toekomst van mijn kinderen	15	17	11	14
Taalprobleem	15	17	8	10
Onze toekomst	8	8	9	8
Weggestuurd worden uit Nederland	21	0	0	7
Beter leven	7	4	5	5
Angst voor de acculturatie en verlies van eigen cultuur	0.5	8	7	5
Verslechterende sociaaleconomische omstandigheden	0	8	3	4
Eigen economische problemen/ schulden	6	4	1	4
Heimwee	1.5	4	4	3
Werkloosheid en betere werkomstandigheden willen	4	0	4	3
Mijn relatie/ huwelijk/gezinsproblemen	5	0	1	2
Racisme en de andere ongewenste omgangsvormen	1	0	6	2
Niet kunnen remigreren naar Turkije	0.5	4	1	2
Kinderen beter studeren	0	0	5	2
Beter zelfconcept(zelfvertrouwen, verzekerd zijn)	0.5	4	0	1.5
Aanpassing	2	0	1	1
Gezondheid/ziekte van mijn kinderen	2	0	0	1
Verliezen/ kwijtraken van mijn kinderen	2	0	0	1
Eenzaamheid	3	0	0	1
Problemen met kinderen	0.5	0	0	-
Saaï leven hier	1	0	0	-
Niet kunnen studeren	0	0	3	1
Geïsoleerd leven	2	0	1	1
Angst voor dood gaan en hier begraven worden	0.5	0	0	-
De eigen problemen niet kunnen oplossen	0.5	0	1	0.5
Niet kunnen werken	0.5	0	0	-
Terug kunnen krijgen van eigen kind	0.5	0	0	-
Echtscheiding	1.5	0	0	0.5
Het hebben(willen) van eigen huis	0.5	0	0	-
Betere zorg	0.5	0	0	-

Tabel 4 De Grote Zorg Nu in het Nederland van Nu (vervolg)

Percentage zorgonderwerpen	GGZ-a (n=204)	GGZ-b (n=25)	AP (n=200)	Totaal (N=429)
Het hebben van weinig/geen vrijheid	0.5	0	0	-
Klimaat(kou, vochtig) van Nederland	0.5	0	0	-
Hoe lang houden we dit moeilijke leven hier vol	0.5	0	0	-
Het niet kunnen bezoeken van het kerkhof van familie	0.5	0	0	-
Zelfstandig wonen/ eigen huis	1	0	0	-
Geen carrière kunnen maken	0.5	0	1	-
Geen begrip voor allochtonen	0.5	0	1	0.5
Geen vrijheid	1	0	0	-
Kwijtraken van wat ik al heb	0.5	0	0	-
Niet kunnen krijgen van een kind	0.5	0	0	-
Algemene angst dat iets ergs gaat gebeuren	0.5	0	0	-
Onze kinderen niet kunnen opvoeden volgens Islam	0.5	0	1	0.5
Nederlands minderhedenbeleid	0.5	0	1	0.5
Gezondheid van mijn partner	1	0	0	-
Toekomst van NL	0	0	1	-
Geld sparen	0	0	1	-
Niet volgens de Turkse/Islamitische cultuur kunnen leven	0	0	1	-
<b>Totaal:</b>	203 (100%)	24 (100%)	239 (100%)	100

## Bijlage 2.5 Angst in het Nederland van nu

Tabel 5 De angst in het Nederland van Nu

Percentage angstonderwerpen	GGZ-a (n=204)	GGZ-b (n=25)	AP (n=200)	Totaal (N=429)
Racisme en de andere ongewenste omgangsvormen, ook marginalisatie, aangevallen worden in mijn huis door Nederlanders	8	12.5	13	11
Op het verkeerde pad terecht komen van eigen kinderen	5	17	11	11
Onze toekomst	11	12.5	7	10.5
Toekomst van mijn kind(eren)	13	4	11	9
Acculturatie en kwijtraken van eigen cultuur, assimilatie van kinderen	4	0	15	6
Verlaten worden door eigen gezinsleden, eenzaam raken	3	12.5	2	6
Onze gezondheid	7	4	2	4
Teruggestuurd worden door Nederland	2	4	1	2
Werkloosheid/ niet meer kunnen/mogen werken	2	0	3	2
Mijn klachten/ ziekten	1	4	1	2
Het van mij afstand nemen door mijn kinderen	1	4	0	2
Doodgaan in Nederland	5	0	1	2
Niet (meer) kunnen verenigen met familie in Turkije	1	4	1	2
Op het verkeerde pad terecht komen van zichzelf en/of partner	1	4	1	2
Zich niet kunnen aanpassen aan het leven hier	0	4	0	2
Algemene machteloosheid	1	4	0	2
Of mijn gezondheid ooit beter wordt /ik word niet meer beter	2	0	0	1
Fascisme en nationalisme	0	0	2	1
Uit elkaar gaan van gezin/familie	3	0	1	1
Een mislukking zijn/ gefaald hebben	2	0	1	1
Algemene angst	1	0	1	1
Niet kunnen studeren	1	0	1	1
Angst voor nooit beter te kunnen worden	0	0	0	1
Rassenrellen	1	0	1	1
Economische problemen	2	0	1	1
Niets (meer) kunnen betekenen voor de familie in Turkije	1	0	1	1
Weggestuurd worden uit Nederland	2	0	1	1
Kwijtraken van geliefden	2	0	2	1

Mijn kinderen niet op kunnen voeden zoals ik het zou willen	1	0	1	1
Verhardende minderhedenbeleid	1	0	2	1
Het hebben van een taalprobleem	1	0	1	1
Afhankelijk zijn van iemand anders	0	0	2	1
Dat Nederland binnen paar jaar onder water zal lopen	1	0	1	1
Niet kunnen realiseren van zijn wensen	0	0	2	1
Verstoten worden door eigen man	1	0	1	1
Ons niet kunnen verwoorden/ niet kunnen opkomen voor onze gedachten en gevoelens	0.5	0	1	0.5
Egoïsme en te veel vrijheid voor de nieuwe generatie	0	0	1	-
Angst voor de genocide à la Bosnië	0	0	1	-
Dat ik aangesproken word door de Nederlanders	0	0	1	-
Dat we hier permanent(niet tijdelijk) zijn	1	0	0	-
Zowel materieel als immaterieel op eigen benen kunnen staan	1	0	0	-
(Ontstaan van) relatie- en huwelijksproblemen	1	0	0	-
Niet naar Turkije kunnen gaan i.v.m. financiële problemen	1	0	0	-
Fundamentalisme binnen de eigen gemeenschap	0	0	1	-
Kwijtraken van wat je al hebt in materiële zin	1	0	0	-
Geen promotie/ carrière kunnen maken	0	0	1	-
Verslechterende relatie met eigen Turkse mensen	0	0	1	-
Toename van psychische klachten over het algemeen	0	0	1	-
Moskeeën worden gesloten	0	0	1	-
Leven als een robot	0	0	1	-
Dat de kinderen weigeren te trouwen	0	0	1	-
Het hebben van monotone mensen om je heen	0	0	1	-
Als vreemdeling gezien worden	0	0	1	-
Vorbereid zijn op een slecht bericht uit Turkije	0	0	1	-
Individu worden dat niet tevreden is met zichzelf en drugsverslaafd is	0	0	1	-
Eenzaamheid	1	0	0	-
Agressieve uitbarstingen	1	0	0	-
Het krijgen van een erfelijke ziekte	1	0	0	-
Armoede	1	0	0	-
Gek worden/ in de war raken	1	0	0	-
Onze slechte materiële positie/ omstandigheden	1	0	0	-
<b>Totaal:</b>	168 (100%)	24 (100%)	188 (100%)	100

## Bijlage 4.1 De Vragenlijst Beleving van Migrant zijn (VBM)

### DE VRAGENLIJST BELEVING VAN MIGRANT ZIJN (VBM)

#### INSTRUCTIE

In deze vragenlijst treft u een aantal situaties en uitspraken aan die betrekking hebben op het migrant zijn. Wilt u voor elk van de onderstaande beweringen aangeven in hoeverre u zich in deze opmerking herkent, dat wil zeggen: in hoeverre u de gemaakte uitspraken op u van toepassing vindt. Het gaat er dus om in hoeverre u het eens bent met deze uitspraken. U doet dit door een cirkel te plaatsen rondom het antwoord, dat u het meest van toepassing vindt.

Voorbeeld: Ik voel mij in Nederland alleen	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

1 = helemaal niet

2 = een beetje

3 = nogal

4 = tamelijk erg

5 = heel erg

NB: Als u vindt dat u zich in Nederland helemaal niet alleen voelt, dan omcirkelt u het cijfer 1. Als u vindt dat u zich in Nederland heel erg alleen voelt, dan omcirkelt u het cijfer 5. De cijfers 2,3 en 4 geven vervolgens tussenliggende posities aan.

Sommige vragen zijn breed geformuleerd, zodat ze herkenbaar kunnen zijn voor mannen, vrouwen en kinderen. In zulke gevallen (bijvoorbeeld de vraag 22) dient u na te gaan welke van de geformuleerde beschrijving voor u herkenbaar is, dat wil zeggen passend is bij uw situatie.

1. Ik ben gewend aan het leven in Nederland.	1	2	3	4	5
2. Er is bijna niemand, die ik kan vertrouwen.	1	2	3	4	5
3. Ik voel me buiten de Nederlandse maatschappij staan.	1	2	3	4	5
4. Ik ben meestal in het gezelschap van anderen, maar toch voel ik me eenzaam.	1	2	3	4	5
5. Bij Nederlanders heb ik het gevoel dat ze me zullen afwijzen, omdat ik minder goed Nederlands spreek en/of omdat ik anders ben.	1	2	3	4	5
6. Ik voel mij in Nederland vrijer dan in mijn land van herkomst om zelf mijn eigen leven te leiden.	1	2	3	4	5

7. Ik vind het prettig om regelmatig te denken aan het verleden, toen ik nog in mijn land van herkomst was.	1	2	3	4	5
8. Ik pieker vaak over mijn familieleden, kennissen en anderen in mijn land van herkomst.	1	2	3	4	5
9. Ik vind het belangrijk om in mijn moedertaal via televisie, radio, internet, kranten en dergelijke geïnformeerd te worden over de ontwikkelingen in mijn land van herkomst.	1	2	3	4	5
10. Ik heb in Nederland meer individuele vrijheid dan in mijn land van herkomst.	1	2	3	4	5
11. Ik mis hoofdzakelijk de warme en onvoorwaardelijke sociale contacten in mijn land van herkomst.	1	2	3	4	5
12. Ik vraag me vaker af wat ik eigenlijk ben; een Turk, een Nederlander, een Turkse Turk of een Nederlandse Turk.	1	2	3	4	5
13. Het is voor mij in de loop van de jaren steeds belangrijker geworden om vast te houden aan de normen en waarden, gewoontes, religie en cultuur uit het land van herkomst.	1	2	3	4	5
14. Nederlanders zien mij nog steeds als een migrant of buitenlander	1	2	3	4	5
15. Ik heb vaker het gevoel dat Nederlanders mij niet op mijn juiste waarde schatten.	1	2	3	4	5
16. Ik kan in Nederland als een volwaardig mens leven.	1	2	3	4	5
17. Ik weet soms niet vanuit welk referentiekader van welke cultuur ik een bepaalde situatie moet beoordelen.	1	2	3	4	5
18. Ik kan mijn landgenoten niet vertrouwen.	1	2	3	4	5
19. Er veranderen veel dingen in mijn omgeving(bij mijn kinderen, partner en andere mensen) waarover ik geen zeggenschap (meer) heb.	1	2	3	4	5
20. Het voelt zo aan alsof Nederlanders op ons neerkijken.	1	2	3	4	5
21. Ik voel me in Nederland op mijn gemak.	1	2	3	4	5
22. Mijn partner geeft mij niet de mogelijkheid me verder te ontwikkelen en/of mijn partner accepteert mijn gezag niet meer zoals in het verleden het geval was en/of mijn kinderen accepteren mijn gezag niet omdat ze verwesterd zijn.	1	2	3	4	5
23. Met mijn inkomen hier probeer ik ook mijn familie in mijn land van herkomst te helpen.	1	2	3	4	5
24. Nederlanders hebben een andere cultuur en een ander geloof, maar soms zijn ze beter dan mijn landgenoten.	1	2	3	4	5
25. Ik voel me in Nederland vaak een tweederangs burger.	1	2	3	4	5
26. Ik denk dat mijn psychisch evenwicht verstoord is.	1	2	3	4	5
27. Ik denk dat er hier in Nederland sprake is van sterke jaloezie tussen mijn landgenoten onderling.	1	2	3	4	5
28. Het is vooral de schuld van Nederland dat het nu zo slecht met mij (en/of mijn gezin) gaat.	1	2	3	4	5
29. Ik houd afstand van mijn landgenoten, omdat ze niet blij zijn dat het goed gaat met mij en mijn gezin.	1	2	3	4	5
30. Leven in Nederland ervaar ik als een verrijking in materiële zin.	1	2	3	4	5

**VERDERE OP- EN AANMERKINGEN:**

.....

.....

.....

.....

.....

Datum:..... Plaats .....

## Bijlage 4.2 De Vragenlijst Beleving van Migrant zijn (VBM) (Turkse versie)

### GÖÇMENLİK DUYGUSU ÖLÇEĞİ (GDÖ)

Bu ölçekte, göçmenlik yaşantısına bağlı olarak sahip olunabilecek bir takım konular işlenmektedir.

Sizden ricamız bu konuların size ne derece uyduğunu yan taraftaki beş şıklı ölçek üzerinde işaretleyerek belirlemenizdir. Bunu aşağıdaki örnekte de görüldüğü gibi size en çok uyan şıklı bir daire içine alarak belirleyebilirsiniz.

**Örnek:** Hollanda da kendimi yalnız hissediyorum. 1 2 3 4 5

Seçenekler:

- 1: Hiç uygun değil
- 2: Birazcık uygun
- 3: Orta derecede uygun
- 4: Çok uygun
- 5: Tamamen uygun

**NOT:** Eğer bu size hiç uygun değilse 1'i ve tamamen uygun ise 5'i işaretlemelisiniz. Diğer 2, 3 veya 4'ü de diğer derecelerde uygunluk için kullanabilirsiniz.

Ayrıca bazı sorular, örneğin 22.inci soruda olduğu gibi, erkeklere ve kadınlara uygun olsun diye oldukça geniş olarak açıklanmıştır. Lütfen bu soruları sizin için geçerli olan açıdan (örneğin kadın veya erkek olarak) ele alarak cevaplayınız.

9

1. Hollanda' da ki yaşantı biçimine alıştım.	1	2	3	4	5
2. Burada neredeyse güvenebileceğim kimse yok.	1	2	3	4	5
3. Kendimi Hollanda toplumunun dışında hissediyorum.	1	2	3	4	5
4. Çoğunlukla başkalarıyla beraber olsam da, kendimi yine de yalnız hissediyorum.	1	2	3	4	5
5. Hollandalıların Hollandaca düzeyimden ve/veya onlardan farklı olduğumdan dolayı beni kabul etmeyeceklerini sanıyorum.	1	2	3	4	5
6. Hollanda' da istediğim gibi yaşayabilmek için kendimi özgür hissediyorum.	1	2	3	4	5
7. Türkiye' de yaşadığım (eski) zamanları düzenli olarak hatırlayarak kendimi daha iyi hissediyorum.	1	2	3	4	5
8. Düzenli olarak Türkiye' de (geride) kalan akraba, tanıdık ve diğer insanları düşünüyorum.	1	2	3	4	5



9. Türkiye’ deki gelişmeleri TV, radio, gazete, internet v.s. gibi kendi dilimizdeki basın-yayın aracılığıyla takip etmek benim için oldukça önemlidir.	1	2	3	4	5
10. Hollanda’ da Türkiye’ dekinden daha çok bireysel özgürlüğe sahibim.	1	2	3	4	5
11. Burada en çok Türkiye’ deki sıcak ve karşılık beklenmeden kurulan sosyal ilişkileri özlemekteyim.	1	2	3	4	5
12. Kendime düzenli olarak ben neyim diye sormaktayım; Türk, Hollandalı yoksa Türkiye Türkü veya Hollanda Türkü mü?	1	2	3	4	5
13. Zamanla Türk din, kültür, değer yargılarına, adet ve geleneklerine sıkı sıkıya sarılmanın önemini daha iyi anladım.	1	2	3	4	5
14. Bence Hollandalılar beni hala bir göçmen veya yabancı gibi görmektedirler.	1	2	3	4	5
15. Hollandalıların beni gerçek değerimde görmediklerini sık sık hissetmekteyim.	1	2	3	4	5
16. Hollanda’ da değerli bir insan olarak yaşayabilmekteyim.	1	2	3	4	5
17. Bazı durumlarda hangi ülkenin(Hollanda mı yoksa Türkiye mi) değer ölçülerini/yargılarını kullanacağımı bilemiyorum.	1	2	3	4	5
18. Kendi vatandaşlarıma (pek) güvenemem.	1	2	3	4	5
19. Yakın çevremde örneğin çocuklarımda, eşim veya diğerlerinde artık benim kontrolüm dışında bazı gelişmeler olabilmektedir.	1	2	3	4	5
20. Hollandalıların beni/bizi küçümsediklerini hissetmekteyim.	1	2	3	4	5
21. Hollanda’ da kendimi rahat ve huzurlu hissediyorum.	1	2	3	4	5
22. Eşim benim kendimi geliştirmem için gerekli olanakları bana vermemekte/ eşim eskiden olduğu gibi benim otoritemi artık kabul etmemekte/ çocuklar (Avrupalılaştıklarından dolayı) artık benim otoritemi kabul etmemektedir.	1	2	3	4	5
23. Buradaki gelirimle, elimden geldiğince, Türkiye’ de ki akrabalarıma yardımcı olmaya çalışıyorum.	1	2	3	4	5
24. Hollandalılar, başka bir dini ve kültürü olmasına rağmen, bazan benim vatandaşlarımdan daha iyiler.	1	2	3	4	5
25. Hollanda’ da kendimi ikinci sınıf bir vatandaş gibi hissetmekteyim.	1	2	3	4	5
26. Hollanda’ da ruhsal dengemin bozulduğunu hissetmekteyim.	1	2	3	4	5
27. Hollanda’ da kendi vatandaşlarımız arasında güçlü bir kıskançlık duygusunun olduğunu düşünüyorum.	1	2	3	4	5
28. Benim durumumun iyi olmamasından Hollanda sorumludur.	1	2	3	4	5
29. Kendi vatandaşlarımdan uzak durmaya çalışıyorum, çünkü onlar benim/ bizim durumumuzun iyi olmasını istemiyorlar.	1	2	3	4	5
30. Hollanda’ da ki yaşantımı maddi bir zenginlik olarak hissediyorum.	1	2	3	4	5

Ekleme istediğiniz görüş ve önerileriniz:.....

.....

Teşekkür ederiz.

Tarih:.....

Yer:.....

## Bijlage 4.3 Literatuurverkenning met betrekking tot de schalen van de Vragenlijst Beleving van Migrant zijn (VBM)

### 4.3.1 Schaal Afwijzing en Gebrek aan Acceptatie

Het is bekend dat migranten zich door de cultuurschok geïsoleerd, vervreemd en buitengesloten voelen (Verdonk, 1977). Van Leest (1997) beschrijft het gevoel van afwijzing in termen van (i) een zelfopgelegde terugtrekking uit de nieuwe samenleving en (ii) decultu-ratie, dat wil zeggen zich afzetten tegen de nieuwe samenleving, gevoelens van vervreemding en dergelijke ervaren (Scheffer, 2008). Uiterlijke kenmerken, zoals huidskleur, opvallende kleding en andere fysiek zichtbare en opvallende verschillen in taal en gedrag, leveren hieraan een eigen negatieve bijdrage (Verkuyten, 1999). Verder kan er een relatie gelegd worden tussen de inhoud van deze schaal en sommige klachten en problemen bij migranten, zoals: achtervolgingsangst, depressieve angst, verwarringsangst, accumulatieve trauma's, spanningstrauma's, gevoel van hulpeloosheid, objectverlies, eenzaamheidservaring en zich ongewenst voelen (Grinberg & Grinberg, 1990). Bel Ghazi geeft dit gevoel als volgt weer: "...schok tussen twee culturen, ik ben de naamloze, ontruikt aan zijn geboortegrond, aan wie iedere wens wordt ontzegd en alleen de arbeidskracht wordt erkend, men noemt mij 'gastarbeider'..." (Bel Ghazi, 1982, p.100).

Volgens Eppink (1990) kenmerkt dit gevoel zich door ontkenning van de nieuwe omgeving, een min of meer zelf gekozen isolatie, idealisering van de oude waarden, en aangeleerd vermijdingsgedrag. Grinberg en Grinberg (1990) benadrukken het effect van het gastland hierbij. Het kan zijn dat de latente paranoia van de ontvangende groep toeneemt en de migrant als een indringer gezien wordt, waardoor dit gevoel zich kan ontwikkelen tot xenofobie. Het resultaat hiervan kan zijn dat beide partijen in een gecompliceerde vicieuze cirkel terecht komen, waarbij de achtervolgingsangst en haatgevoelens van immigranten toenemen, als zij niet worden verwelkomd, zoals zij dat verwacht hadden en ook nodig hebben (Grinberg & Grinberg, 1990).

Volgens een onderzoek gaf 9% van de Turken aan dat men zich in Nederland 'helemaal niet thuis' voelt. Bijna de helft van de Turken (47%) voelt zich 'enigszins thuis' en 33% voelt zich 'helemaal thuis' (Nederlands Centrum Buitenlanders, 1995). In hetzelfde onderzoek maakten Turken hun gewenningsproblemen in Nederland duidelijk kenbaar: 42% gaf aan dat zij gewenningsproblemen ervoeren ten aanzien van de Nederlandse taal (het meeste voorkomend) en het weer (22%). Elf procent rapporteerde problemen, veroorzaakt door het typisch Nederlandse individualisme, en 5% had moeite met de seksuele vrijheid. Dergelijke problemen zijn bij Turkse mensen ook geconstateerd in ander onderzoek (Arens-Tóth, 2003). Op basis van meer recente inzichten lijkt het er op dat het gevoel van zich 'thuis voelen' in Nederland aan het afnemen is. Volgens onderzoek geeft namelijk maar 11% van

de Turken en Marokkanen aan dat zij zich in Nederland 'thuis voelen' (Gijsberts, 2007).

Onderzoek naar de ervaren acceptatie onder allochtonen in Nederland toonde aan dat Turken zich van alle allochtone groepen in Nederland het minst geaccepteerd voelen (Gijsberts & Dagevos, 2005). Drieënzestig procent van Turken in Nederland was van mening dat buitenlanders alle kansen krijgen in Nederland, 53% dat rechten als buitenlander gerespecteerd worden. Driekwart gaf aan te denken dat Nederland open staat voor buitenlanders. Echter, slechts 37% van de Turken was van mening dat Nederland een gastvrij land is. De scores van Turken in dit onderzoek zijn over het algemeen lager in vergelijking met die van andere allochtone groepen.

Volgens een ander onderzoek blijken Turken van alle allochtone groepen in Nederland het meest op de eigen etnische groep gericht te zijn (Gijsberts, 2007). Dit onderzoek liet ook zien dat de helft van de autochtonen, maar ook van de Turken en Marokkanen, vindt dat de westerse leefwijze niet samen gaat met die van moslims. Er lijkt sprake te zijn van een zekere afwijzing van elkaars leefwijze en culturele waarden. Van oudsher zijn er weinig gevoelens van verwantschap tussen allochtonen en autochtonen. Daarvoor wordt de levensstijl van Nederlanders te verschillend gevonden (De Jong, 1988). Als gevolg hiervan neemt de ontmoetingskans tussen allochtonen en autochtonen af. Zo heeft 70% van de Turken overwegend contact met de leden van de eigen etnische groep (Gijsberts, 2007). Dergelijke bevindingen komen overeen met de resultaten uit andere studies. Gorashi (2006) vond bijvoorbeeld dat migranten zich in Nederland buitengesloten voelen en het idee hebben niet als gelijke gezien te worden. Verkuyten (2006) benadrukt daarbij dat, als men zich uitgesloten, geminacht of vernederd voelt, men zich sneller terugtrekt in de eigen kring en gemakkelijker afstand neemt van de omringende samenleving. Helaas zijn deze constatering ook voor de nieuwe generatie allochtonen van toepassing. Recentelijk is geconstateerd dat de jongeren uit de grote steden gesegregeerd langs etnische lijnen leven, zodat Turkse jongeren bijvoorbeeld overwegend met vrienden van dezelfde herkomst omgaan. Deze segregatie, genuanceerder "gesegmenteerde integratie" of "desintegratie" genoemd, is volgens deskundigen anders dan bijvoorbeeld in het verleden in Zuid-Afrika het geval was, omdat in Nederland deze etnische segregatie vaak van twee kanten komt en 'vrijwillig' van aard is! Van Schoonhoven (2007) noemt als voorbeeld van deze segregatie de 'eigen - volk - eerst - feestjes'. De verschillende gevoelens van allochtonen over Nederland en Nederlanders zijn ook terug te vinden in literaire stukken (Shadid, 1998).

Zulke ontwikkelingen bevorderen uiteraard niet de sociaal-culturele integratie, de structurele integratie en de harmonisering (Maikoe, 2006). Zodoende wordt het gevoel van afwijzing in stand gehouden. Het vormt een belangrijk onderdeel van het leven van Turken in Nederland.

### 4.3.2 Schaal Verlieservaringen, Verwarring en Onzekere Identiteiten

Ook over de inhoud van deze schaal is veel literatuur beschikbaar. Naast de verschillende belevingen van migratie door migranten wordt migratie ook als ontworteling, ontheemding en ontmanteling van sociale structuren en culturele instituties bestempeld (Van Dijk, 1997, 1998). Met name verlieservaringen trekken in de literatuur veel aandacht (Van Dijk, 1997; Grinberg & Grinberg, 1990; Phalet, 1998; Van Steek & Rozema, 1999; Serman, 1996, 1999; Van Waning, 1999; Westerborg, 1999). In deze literatuur gaat het meestal om verlies in veelvoud.

In dit kader gaat het ook om gevoelens, zoals zich onbegrepen en niet gerespecteerd voelen, geen status hebben, agressie/machteloosheid ervaren ten opzichte van kinderen (Boedjarath, Can, Dekker, & De Jong, 1990; Scheffer, 2008), hechtingsproblemen hebben, minderwaardigheidsgevoelens ervaren en het gevoel hebben de eigen familie en cultuur te verraden (Irvin, 1997). Verder horen hier ook 'het zich steeds moeten aanpassen aan nieuwe situaties en het gebrek aan greep hebben op deze situaties' bij (Gezondheidsbeleid voor Migrant, 1995).

Graafsma en Tiekens (1987) vroegen al jaren geleden aandacht voor het feit dat migranten te maken hebben met veel negatieve gevoelens, zoals rouw, angst, ontworteling, verlies, schuldgevoelens, boosheid, heimwee en somatisering. Stevens, Vollebergh, Pels, en Crijnen (2005) zijn van mening dat migratie kan leiden tot angst, depressie, gevoelens van vervreemding, psychosomatische problematiek en identiteitsproblemen. Daarom wordt vaak vastgehouden aan de eigen manieren, zoals trouwen met iemand met dezelfde culturele achtergrond, luisteren naar muziek afkomstig uit de oorspronkelijke cultuur, vasthouden aan oude gebruiken en in stand houden van wederzijdse afhankelijkheid binnen de familie. Een dergelijke op een verstarde manier vasthouden c.q. omgaan met de oorspronkelijke cultuur en/of het land van herkomst, wordt in de literatuur 'mummificatie' genoemd (Gardner & Pritchard, 1977). Dit zorgt ervoor dat er geen overidentificatie met de cultuur van het bewonend land plaatsvindt. Verder is het ook bekend dat migranten zich vaak in sterke mate vervreemd voelen (Grinberg & Grinberg, 1990) en er sprake is van discontinuïteit in hun leven. Meurs (1998) bespreekt in dat verband de noodzaak van continuïteit. Ook treden niet zelden identiteitsvragen op, alsmede het splitsen van gevoelens, idealiseren, projecteren, regressies, schuldbeleving en gevoelens van tekortschieten ten opzichte van het eigen innerlijke ideaal (Van Waning, 1999; Westerborg, 1999). Maar naast de waarde die gehecht wordt aan de oorspronkelijke cultuur, wordt men ook beïnvloed door het huidige land en de cultuur daarvan, zodat men twee en zelfs meer dan twee referentiekaders kan hebben. Dit is een bekend fenomeen bij migranten (Suárez-Orozco & Suárez-Orozco, 1995). Phalet (1998) beschrijft een grote hoeveelheid emotionele invloeden van migratie op de gezinsleden, zoals: problemen tussen ouders en kinderen, problemen met de autoriteit en gehoorzaamheid in de gezinnen, gezagverlies van de ouders, controleproblemen,

het ontstaan van een vertrouwenscrisis, onmacht, vertrouwensbreuk en rolverstarring in migrantgezinnen, alsmede rolverwarring tussen ouders en kinderen. Door Sterman (1996) wordt benadrukt dat het ideaal-ik onder spanning komt te staan vanwege de veelheid aan problemen en mislukkingen. Ook bestaat er een mogelijk individueel ontwikkelingsrisico wat betreft de egofuncties, zoals frustratietolerantie, adaptatie en afweer. Sterman (1996) duidt dit aan met de term 'ontmoedigde persoonlijkheid'.

Deze identiteitsvragen worden in de literatuur geassocieerd met depersonalisatie. Daarom benadrukt Verdonk (1977) de depersonalisatie van migranten, omdat zij zich soms overdreven vastklampen aan hun traditionele waarden. Er kan ook sprake zijn van vormen van psychische regressie. Migranten kunnen hun nieuwe omgeving als vijandig ervaren en het gevoel hebben geïsoleerd, vervreemd en buitengesloten te zijn. Ze lopen risico om de eigen identiteit te verliezen. In dit geval benadrukt Bel Ghazi (1998) de noodzaak van het kiezen tussen twee nationaliteiten/identiteiten. In een casusbespreking geeft Gomperts (2009, p. 22) dit gevoel als volgt weer: '...een patiënt formuleert het zo: 'Mijn grootste probleem is: je leeft in twee werelden. Thuis en buitenhuis. Het is alsof er een knopje omgaat...''.

In verband met de mogelijke onzekerheden met betrekking tot de eigen identiteit van migranten vraagt Van Leest (1997) ook aandacht voor het concept 'etnische bevestiging'. Dit begrip weerspiegelt het geforceerd vasthouden aan de eigen cultuur. Hierbij kan het ook om traditioneel versus modern Turken of om Westers -Turken gaan. De Jong (1988) benadrukt dat er bij Turken in toenemende mate sprake is van de verwarring tussen een moderne Turk te zijn of een Nederlander, omdat dit gelijk kan zijn aan verraad van de eigen cultuur.

Door deze onzekere identiteit is het mogelijk dat Turken in Nederland zich nog steeds in een emotionele overgang tussen toenmalige en toekomstige identiteiten bevinden. Meurs (1998) benadrukt dat onder Turkse migranten het gevoel van 'pan-Turkism' sterk aanwezig is, maar merkt ook op dat men niet enkel vanzelfsprekend Turk is. Migranten moeten enerzijds loyaal zijn aan de opvattingen van de familie en/of de cultuur van het land van herkomst. Ook moeten ze echter loyaal zijn aan heersende opvattingen in Nederland. Op deze manier kan loyaliteit aan de beide groepen niet te verenigen zijn (Tjin A Dje & Zwaan, 2007) of erg moeilijk zijn. Dit zien we helaas ook in onze onderzoeksresultaten.

Volgens onderzoek geeft 49% van de Turken aan dat zij zich identificeren met de eigen groep en dat zij zich vooral lid van de eigen groep voelen. Dit is bij Marokkanen 40%, bij Surinamers 25% en bij Antillianen 36%. Van de Turken voelt 40% zich in gelijke mate zowel lid van de eigen groep als Nederlander en voelt 12% zich vooral Nederlander (Beekhoven & Dagevos, 2005). Volgens Arends-Tóth (2003) definieert 18% van de Turken zichzelf alleen maar als 'Turk', 56% als meer 'Turk' dan 'Nederlander', 50% als 'evenveel Turk als Nederlander', 17% als 'meer Nederlander dan Turk' en 4% als 'alleen Nederlander'.

Het is bekend dat zelfs basisschoolkinderen uit Groep 7 en Groep 8 een sterkere oriëntatie op de eigen etnisch-culturele of religieuze groep hebben en een neiging om zich

af te zetten tegen de omringende samenleving die de groepsidentiteit bedreigt (Verkuyten, 2006).

Kortom: het is op basis van het bovengenoemde zeer aannemelijk dat de inhoud van deze schaal een duidelijk herkenbaar onderdeel is van het leven van Turken in Nederland.

### 4.3.3 Schaal Oriëntatie op het land van Herkomst en Gerichtheid op het Verleden

Tijdens migratie worden de referentiekaders en codes van migranten geconfronteerd met aan het hier en nu verbonden zaken. Dit wordt door de meeste mensen als een moeilijk dilemma ervaren (Eppink, 1990). Van Dijk (1997) vindt het kenmerkend voor migranten dat zij sterk op het verleden en op het land van herkomst gericht zijn. Het kan daarbij gaan om het idealiseren van het land van herkomst. Dit wordt zo geïdealiseerd dat het is alsof het om een 'heilige plaats' gaat. Zelfs zo heilig dat daar in de praktijk niet aan te komen is en daarom diep in het hart bewaard en bewaakt moet worden! Een verklaring hiervoor kan zijn dat het om een overlevingsstrategie gaat. Sommige deskundigen denken dat de hechtingsproblemen die migranten hebben, terug te voeren zijn op het missen van het land van herkomst, de vrienden en familie daar en het gevoel de eigen familie en cultuur te hebben verraden (Irvin, 1997). Mogelijk daardoor blijven het gevoel van tijdelijk in Nederland te zijn (Scheffer, 2008), 'gastarbeider' te zijn (Van den Berg-Eldering, 1986) en het heimweegevoel bestaan (Muijen, 2000; Reysoo, 2000; Sprock, 2000; Van Vliet, 2001). Opvallend is dat het niet alleen om de gerichtheid op het land van herkomst gaat, maar ook om het actief bezig zijn met de familie en landgenoten daar, zoals het warm houden van contacten en het bieden van financiële hulp (Suárez-Orozco & Suárez-Orozco, 1995).

Meurs (1998) beargumenteert dat de groep in het land van herkomst gedurende de migratie een invloedrijke referentiegroep blijft. Verder beweert hij dat remigratiefantasieën, het rigide vasthouden aan de cultuur van ginds en rigide culturele afgrenzing, daar de gevolgen van zijn. De invloeden van de cultuur van het land van herkomst zijn altijd te zien in belangrijke private en relationele aspecten, zoals: familiekwetsies, seksuele moraal, religie, opvoeding en voedingsgewoonten. In dit verband is Verdonk (1977) van mening dat migranten zich soms overdreven vastklampen aan hun traditionele waarden, ingegeven door angst om de eigen identiteit te verliezen. Het is ook bekend dat veel migranten zich sterk vastklampen aan tradities en hun geloof (bij Turken meestal de Islam) daarom op een conservatievere wijze praktiseren dan landgenoten in het land van herkomst (Sterman, 1996).

Vanwege de grote waarde die gehecht wordt aan het land van herkomst kan het zo zijn dat Turken van alle allochtone groepen in Nederland het meest op de eigen etnische groep zijn gericht (Gijsberts, 2007). Het trouwen met iemand met dezelfde culturele achtergrond en zelfs met familieleden komt hierdoor mogelijk vaker voor bij Turken (Brabants

Dagblad, 2008; Stevens et al., 2005). Volgens onderzoek wil 74% van de 18-27- jarige Turkse mannen een partner hebben met dezelfde geloofsovertuiging, 62% een partner met dezelfde afkomst en 7% een partner die opgegroeid is in het herkomstland. Deze percentages zijn bij Turkse vrouwen nog hoger: respectievelijk 90%, 76% en 15% (Beekhoven & Dagevos, 2007).

Meer dan andere bevolkingsgroepen in Nederland hechten Turken veel waarde aan het land van herkomst en koesteren ze dientengevolge ook meer dan anderen een sterke terugkeerwens. Uit onderzoek is gebleken dat Turken in Nederland zich over het algemeen minder gelukkig voelen (Santing, 2005). Nog opvallender is het dat de tweede generatie Turken zich minder gelukkig voelt dan de eerste generatie. Volgens dit onderzoek is één van de redenen hiervoor dat Turken meer gericht zijn op de eigen groep en zelfs op Turkije. Hierbij is het van belang om op te merken dat Turken inderdaad meer waarde hechten aan Turkije en familie aldaar, maar dit betekent niet dat ze zomaar ‘dingen’ van hen willen overnemen en zichzelf met hen identificeren. Ze zijn vrij selectief in het overnemen van sommige nieuwe, culturele veranderingen en ontwikkelingen aldaar en daardoor blijft het verschil in zijn algemeenheid intact tussen Turken daar en Turken hier! Zelfs zijn Turken in Nederland zodanig trots op de (oude) culturele waardes, tradities et cetera dat ze daar beter van op de hoogte zijn dan Turken in Turkije. Dit wordt ook bevestigd in de literatuur. Volgens Sterman (1996) klampen veel immigranten zich vast aan tradities en praktiseren zij de Islam op de meest behoudende wijze, terwijl landgenoten in het land van herkomst zich juist sterk op een nieuwe cultuur richten en er een sterk verwesterde levenswijze op na houden.

Kortom: de inhoud van deze schaal is mogelijk meer geldig voor Turken in Nederland dan voor andere migranten, want Turken in Nederland zien Turkije niet alleen maar als een land om daar met vakanties naar toe te gaan, maar ook als een land om naar terug te keren, terwijl de meeste andere migrantengroeperingen hun land van herkomst als een vakantie-land zien. Uiteraard staat dit los van de werkelijkheid van deze Turken, namelijk dat er vrij weinig teruggekeerd zijn naar Turkije, terwijl de wens bijna altijd aanwezig is (Meyboom & Van Eekelen, 1999).

#### 4.3.4 Schaal Onderling Wantrouwen en Achterdocht en Loyaliteitsconflict, Distantiëren van Landgenoten

Op zich is dit een vrij verrassende schaal, omdat de inhoud ervan niet erg overeenkomt met het bekende, overheersende, en stereotype beeld, namelijk dat ze (migranten, Turken) meer ‘wij-gevoel’ in de manier van met elkaar omgaan hebben en ze de meeste zaken samen met elkaar doen. Daarom is de onderbouwing hiervan door de literatuur niet gemakkelijk. In de literatuur komt het immers vaker voor dat juist migranten zulke gevoelens tegen autochtonen hebben. Dit wordt door Van Stek en Rozema (1999) als een portie gezonde achterdocht betiteld. Dit is duidelijk te zien in de volgende constatering: Van den Brink (2006)

vond dat de migranten in Nederland tegenover de Nederlandse maatschappij in algemene zin een ambivalente houding aannemen, zoals o.a. blijkt uit het wel of niet leren van de Nederlandse taal, aarzelingen ten opzichte van de verzorgingsstaat en gemengde gevoelens over het publieke leven. Dit werd ook bevestigd door Meyboom en Van Eekelen (1999). De participanten in dit onderzoek erkennen weliswaar dat veel dingen in Nederland goed geregeld zijn, maar desalniettemin gaat hun loyaliteit vooral naar de eigen familie en het land van herkomst. Dit is concreet te merken in het gezinsleven en het geloofsleven. Arends-Tóth (2003) heeft ook dergelijke constatering gedaan. Zij vond namelijk dat Turken in hun privéleven 'separatie' en in publieke zaken 'integratie' als acculturatiestrategie gebruiken.

In feite laat deze schaal zien dat Turken geen homogene groep vormen. Tussen Turkse mensen onderling kan evenzeer haat en nijd optreden. Daar staat tegenover dat er ook vaak geen verwantschap met Nederlanders ervaren wordt (De Jong, 1988). Er is verder ook sprake van mogelijke conflicten tussen verschillende generaties. Meisjes vinden hun ouders, familie en landgenoten vaak bemoeizuchtig, voelen zich in een 'gevangenis' en hebben het idee dat anderen hen willen 'besturen'. Er is sprake van een sterke sociale controle, van roddelen, kwaadsprekerij en een dubbele moraal ten aanzien van jongens en meisjes (De Jong, 1988; Yerden, 2001). Door de socio-centrische aard van de gemeenschap wordt vooral aan meisjes en vrouwen onvoldoende ruimte gegeven voor het uiten van bepaalde meningen die anders zijn dan die van de ouders, familie en gemeenschap (Negash, 2002). Borra (2002, p. 183) beschrijft in één van haar casusbeschrijvingen zulke negatieve culturele kenmerken als volgt: "...familievete, waarbij ook bloed moet vloeien...Kemal laat zich zeer kritisch uit over het Turks zijn ('Turken hebben twee gezichten') en aan de andere kant is hij zeer loyaal aan zijn eigen cultuur." Overigens is dit niet alleen bij Turken in Nederland zo, maar treedt dit ook elders op. Volgens een onderzoek over de onderlinge relatie tussen Turken in Duitsland geeft 53% aan dat deze relatie 'niet is, zoals het hoort' en 21% 'geen relatie en/of grote meningsverschillen' te hebben (Nuruan et al., 2005).

Zoals eerder gezegd, is beschreven dat migranten vaker een 'wij-gevoel' hebben. Dit kan evenwel slechts schijn zijn. Migrant scoren weliswaar hoog op zichtbare en onzichtbare loyaliteiten, maar aan de andere kant ook hoog op loyaliteitsconflicten (Araz, 1997). Bij loyaliteit gaat het om de familie hier en in het land van herkomst, maar ook over de cultuur van het land van herkomst en die van Nederland (Tjin A Djie & Zwaan, 2007). Ook sociale controle en roddel zijn in dit kader bekende gegevens (Brinkgreve, 1999; Van Bakkum et al., 1996). Dit geldt ook voor het optreden van een onderlinge vertrouwensbreuk en/of het ontstaan van een vertrouwenscrisis (Phalet, 1998). In dit verband is het nuttig om het over een typisch Turks fenomeen te hebben: '*küsmek*'. Dit is een vorm van boos zijn op elkaar in families en tussen andere voor een bepaalde persoon belangrijke mensen. Tijdens *küsmek* spreken mensen niet meer met elkaar, maar gaan ze wel met elkaar om, omdat dat niet anders kan (Borra, 2002). Dit is ook een goede weergave van de negatieve manier



van omgaan met elkaar van Turken onderling. Ook het fenomeen 'boze oog' vervult een belangrijke, negatieve plaats in de Turkse cultuur en in de negatieve manier van omgaan onderling (Borra, 2002), want hier wordt iemand ziek (gemaakt), doordat een ander jaloers is op zijn/haar succes, geluk of voorspoed.

We denken dat bij de onderwerpen van deze schaal zowel aan het land van herkomst gebonden factoren, als aan het gastland gebonden factoren een belangrijke rol spelen. Wat betreft het land van herkomst weten we dat sommigen daarvoor tevens een grote angst hebben, gepaard gaande met schaamte en jaloezie. Men kan zich er gemakkelijk over schamen dat een slecht bericht over hem/haar (ook als het een gerucht is) onrust kan veroorzaken bij de familie in het land van herkomst. Daarom wordt het meestal als een oplossing gezien om wat afstandelijk blijven en zich niet te bemoeien met de zaken van andere Turken. Ook het gegeven dat landgenoten jaloers kunnen zijn op wat je hebt (meestal in materiële zin) en daardoor schade bij je kunnen veroorzaken, heeft hierop een belangrijke invloed. Er heerst dan een gedachtegoed van 'liever afstandelijk (figuurlijk) blijven (inclusief niet de vuile was buiten hangen, ten aanzien van vooral eigen mensen) dan risico lopen, want iedere Turk die je kent of tegenover je staat, vertegenwoordigt de hele streek, de streekgenoten c.q. landgenoten in Turkije. Waarschijnlijk blijft de beroemde oude Turkse uitdrukking hierdoor van kracht: *Aarde heeft oren/ aarde is aan het luisteren*.

Een andere verklaring zouden de invloeden van het gastland kunnen zijn. De sociale positie van migranten wordt echter niet alleen door persoonlijke en culturele eigenschappen bepaald, maar evenzeer door eigenschappen van de ontvangende maatschappij. Vooral wanneer migrantengedrag sterk negatief ervaren wordt (Scheffer, 2008), wordt het al snel als 'onaangepast' bestempeld (Van den Berg-Eldering, 1986). Ten aanzien van zulke gevallen beweert de *conversion*-theorie dat zowel de meerderheid als de minderheid elkaar tijdens sociale interacties beïnvloeden, maar dat de minderheid zich meestal aan het meerderheidsstandpunt conformeert, zodat de rust bewaard blijft (Gordijn, De Vries, & De Dreu, 1997). In de praktijk doen blijkbaar steeds meer Turken hieraan mee. We vragen ons nu af of Turken zich meer conformeren aan dit overheersende gedachtegoed en zich tegen de eigen groep keren, zoals dit duidelijk wordt weergegeven in een oud Engelse uitdrukking: 'wit houdt niet van zwart en zwart houdt niet van zwart' of zoals een Nederlandse uitdrukking uit 1566 zegt 'Liever Turks dan Paaps'. Zo te zien doen Turken in Nederland hier ook aan mee!

Al met al lijkt het er sterk op dat de onderlinge relaties tussen Turken in Nederland geen grote diepgang hebben en veelal betrekkelijk oppervlakkig zijn en daardoor een belangrijk onderdeel van hun leven in Nederland weerspiegelen.

#### 4.3.5 Schaal Verrijking, Uitdaging en Tevredenheid in Nederland

Migratie kan ook positief ervaren worden: als een verrijking of uitdaging (Akhtar, 1999; Bala, 1999; Barnouw, 1979; Brinkgreve, 1999; Can, 1998; Van Dijk, 1997; Phalet & Verkuyten, 2001; Sterman, 1996; Vianu, 2002). In de literatuur wordt vrij weinig aandacht besteed aan dit onderwerp. We gaan ervan uit dat men, bijna per definitie, gaat migreren om de eigen situatie te verbeteren. Scheffer (2008) vindt dat migratie meestal uit nood voortkomt en dat het talent om van die nood een deugd te maken, lang niet iedereen gegeven is. Iets dierbaars gaat verloren, maar daartegenover kan iets anders worden gewonnen. Deze verrijking kan gaan om zowel materiële als immateriële zaken.

Een gedeelte van de migranten ervaart het als een verrijking om zich op de nieuwe cultuur en de sterk verwesterde leefwijze te richten (Sterman, 1996), wat ook als 'accommodatie' (aanpassing aan kennis, vaardigheden en voorkeuren van de andere cultuur) aangeduid wordt. Het kan zelfs gaan om het te veel idealiseren van het gastland (Eppink, 1990).

In dat geval gaat men zich te sterk conformeren aan het nieuwe land en de daarbij behorende referentiegroep. Dit kan niet alleen integratie bevorderend zijn, maar ook makkelijk over gaan in 'assimilatie', namelijk het zich doen opnemen in de nieuwe samenleving, waarbij de oude culturele identiteit nagenoeg volledig wordt opgegeven (Van Leest, 1997). Kortom: het leven van Turken in Nederland bestaat niet alleen maar uit negatieve componenten, maar ook uit positieve.

### 4.3.6 Literatuur

- Akhtar, S. (1999). *Immigration and identity. Turmoil, treatment and transformation*. Northvale, NJ: Jason Aronson Inc.
- Araz, N. (1997). Loyaliteitsconflicten in een Turks migrantensysteem. In I. Boedjarath & D. van Bakkum (Red.), *Een blik in de transculturele hulpverlening. Vijftien jaar ervaring met verlies en verrijking* (pp. 143-155). Utrecht: Uitgeverij Jan van Arkel.
- Arends- Tóth, J. (2003). Psychological acculturation of Turkish migrants in the Netherlands. Issues in theory and assessment. Amsterdam: Dutch University Press.
- Bala, J. (1999). In de marge van de psychotherapeutische optiek. In A. van Waning (Red.), *Multiculturele samenleving en psychoanalyse* (pp. 53-61). Assen: Van Gorcum.
- Barnouw, V. (1979). *Culture and personality* (3<sup>rd</sup> Ed.). Homewood, IL: The Dorsey Press.
- Beekhoven, S., & Dagevos, J. (2007). Sociaal culturele integratie. Bijlage 7. In J. Dagevos & M. Gijssberts (Red.), *Jaarrapport Integratie 2007* (pp. 163-191). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Bel Ghazi, H. (1982). *Over twee culturen. Uitbuiting en opportunisme*. Rotterdam: Futile.
- Berg, van den -Eldering, L. (1986). *Van gastarbeider tot immigrant. Marokkanen en Turken in Nederland 1965-1985*. Alphen aan den Rijn/Brussel: Samsom.
- Boedjarath, I., Can, M., Dekker, K., & Jong, L. de (1990). *Cursus Psychosomatiek*. Programma van de GVO- bijscholingscursus, Psychosomatische klachten t.b.v. de kadervrouwen gezondheidsvoorlichting. Den Haag: GG&GD, afdeling GVO.
- Borra, R. (2002). Een zoete tong haalt de slang uit zijn hol. Depressie bij een Turkse man met familieproblemen. In R. Borra, R. van Dijk, & H. Rohlof (Red.), *Cultuur, classificatie en diagnose. Cultuursensitief werken met de DSM-IV* (pp. 179-187). Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Brink, G. van den (2006). *Culturele contrasten. Het verhaal van de migranten in Rotterdam*. Amsterdam: Uitgeverij Bert Bakker.
- Brinkgreve, C. (1999). Wij en zij. Of: Vive nous, à bas les autres. In A. van Waning (Red.), *Multiculturele samenleving en psychoanalyse* (pp. 91-98). Assen: Van Gorcum.
- Can, M. (1998). Psychotherapeutische methodiek. In J.E. de Neef, J. Tenwolde, & K.A.A. Mouthaan (Red.), *Handboek interculturele zorg* (pp. 8/15-8/51). Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom.
- Cattell, R.B. (1966). The Scree test for the number of factors. *Multivariate Behavior Research*, 1, 141- 161.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2<sup>nd</sup> ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Dijk, R. van (1997). Migratie en het verloren paradijs. In I. Boedjarath & D. van Bakkum (Red.), *Een blik in de transculturele hulpverlening. Vijftien jaar ervaring met verlies en verrijking* (pp. 11-21). Utrecht: Jan van Arkel.

- Dijk, R. van (1998). Etnische minderheden en hun gezondheid. In R. Penninx, H. Münstermann, & H.B. Entzinger (Red.), *Etnische minderheden en de multiculturele samenleving* (pp. 393-420). Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Eppink, A. (1990). *Het masker van de pijn. Psychosomatische klachten bij allochtonen*. Muiderberg: Coutinho BV.
- Gardner, A., & Pritchard, M. (1977). Mourning, mummification and living with the dead. *British Journal of Psychiatry*, 13, 23-28.
- Gezondheidsbeleid voor migranten. (1995). *Advies over de Nederlandse gezondheidszorg in multicultureel perspectief*. Zoetermeer: Advies van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid en het Overlegorgaan Gezondheidszorg en Multiculturele-samenleving.
- Gijsberts, M. (2007). Etnische concentratie en interetnisch contact als beleidsprobleem. In M. Gijsberts & J. Dagevos (Red.), *Interventies voor integratie. Het tegengaan van etnische concentratie en bevorderen van interetnisch contact*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Gijsberts, M., & Dagevos, J. (2005). *Uit elkaars buurt. De invloed van etnische concentratie op integratie en beeldvorming*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Gomperts, W. J. (2009). De kleine wereld van de spreekkamer. In M. Thys & W. J. Gomperts (Red.), *Vergezichten. Over transculturele psychoanalyse* (pp. 15-45). Antwerpen/Apeldoorn: Garant.
- Gordijn, E.H., Vries, N.K. de, & Dreu, C.K.W. de (1997). De invloeden van minderheden en meerderheden op informatieverwerking en attitudeverandering. *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie*, 52, 163-173.
- Graafsma, T., & Tieken, J. (1987). Leven in een 'condición migrante'. In P.A.Q.M. Lamers (Red.), *Hulpverlening aan migranten. De confrontatie van culturen in de geestelijke gezondheidszorg* (pp. 26-34). Alphen aan den Rijn/Brussel: Samson Stafleu.
- Grinberg, L., & Grinberg, R. (1990). Een psychoanalytisch onderzoek naar migratie; pathologische en niet- pathologische aspecten. *Psychotherapeutisch Paspoort*, 4, 1.97-1.123.
- Gorashi, H. (2006). Ruimte voor diversiteit. *Idee: Tijdschrift van het Kenniscentrum D66*, 25, 28-32.
- Irvin, M.J. (1997). Balanceren tussen verlies en verrijking. In I. Boedjarath & D. van Bakkum (Red.), *Een blik in de transculturele hulpverlening. Vijftien jaar ervaring met verlies en verrijking* (pp. 107-124). Utrecht: Uitgeverij Jan van Arkel.
- Jong, A. de (1988). *Van buiten Nederlands, van binnen Turks. Turkse gezinnen en meisjes in NL. Onderzoek en perspectief*. Rijswijk: Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur.

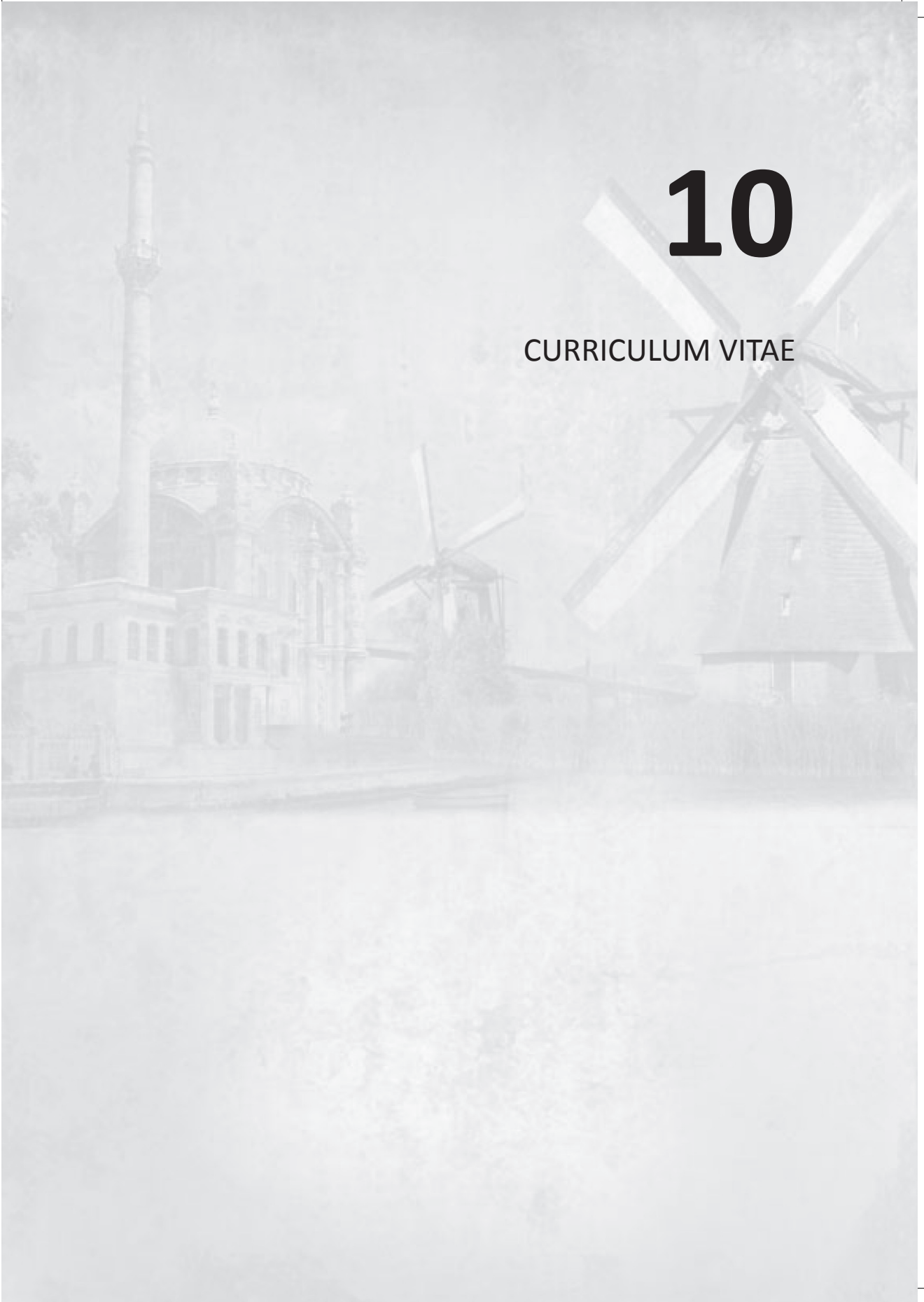
- Leest, P. van (1997). *Persoonlijkheidsmeting bij allochtonen. De gebruikswaarde van persoonlijkheidsvragenlijsten bij selectie van allochtonen*. Lisse: Swets & Zeitlinger Publishers.
- Maikoe, S.D. (2006). *Nieuwkomers en hun proces van integratie: Een kwalitatief onderzoek*. Den Haag: Eur/FSW/Sociologie DT.
- Meurs, P. (1998). Verlangen naar verwevenheid met cultuur van herkomst. De psychodynamiek van migratie in verschillende gedaanten. In P. Meurs & A. Gailly (Red.), *Wortelen in andere aarde. Migrantengezinnen en hulpverleners ontmoeten cultuurverschil* (pp. 93-120). Leuven/Amersfoort: Acco.
- Meyboom, J.K., & Eekelen, W. van (1999). Yıpratmak: Uitputten, verslijten, kapot maken. Ouderdomsbeleving van oudere Turken in Nederland. *Medische Antropologie*, 11, 377-393.
- Muijen, A. (2000). Migratie, ziek van verlangen. *Psy*, 8, 31-33.
- Nederlands Centrum Buitenlanders (NCB). (1995). *Allochtonen over Nederland(ers). Resultaten van een onderzoek*. Utrecht: Infomarkt BV.
- Negash, A. (2002). Cultureel stigma en stille strijd. Een Turks-Koerdische vrouw met een depressie na een traumatische gebeurtenis. In R. Borra, R. van Dijk, & H. Rohlof (Red.), *Cultuur, classificatie en diagnose. Cultuursensitief werken met de DSM-IV* (pp. 189-202). Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Nuruan, M., Güneş, T., Beder Şen, R., Güneş, S., Kalaycı, A.R., & Kaplan, M. (2005). *Federal Almanya'da yaşayan Türklerin aile yapısı ve sorunları Araştırması* [Familiestructuur en problemen van de Turken in Duitsland]. Ankara: Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü.
- Phalet, K. (1998). Culturen verbinden. Groeps gesprekken met Turkse en Marokkaanse migrantenmoeders. In P. Meurs & A. Gailly (Red.), *Wortelen in andere aarde. Migrantengezinnen en hulpverleners ontmoeten cultuurverschil* (pp. 31-42). Leuven/Amersfoort: Acco.
- Phalet, K., & Verkuyten, M. (2001). Acculturatiemetingen. In N. Bleichrodt & F. van de Vijver (Red.), *Diagnostiek bij allochtonen. Mogelijkheden en beperkingen van psychologische tests* (pp. 177-198). Lisse: Swets & Zeitlinger Publishers.
- Reysoo, F. (2000). Over hier en daar, over migratie en heimwee. *Systeemtheoretisch Bulletin. Tijdschrift voor Systeemtheoretische Praktijk*, 18, 265-278.
- Santing, F. (2005, april 23). Integratiekaart. Geraadpleegd op [www.21minuten.nl](http://www.21minuten.nl).
- Scheffer, P. (2008). *Het land van aankomst*. Amsterdam: De Bezige Bij.
- Schoonhoven, G. van (2007). Segregatie, soort zoekt soort. *Elsevier*, augustus 4, 24-27.
- Shadid, W.A. (1998). Interculturele communicatie. In R. Penninx, H. Münstermann, & H. B. Entzinger (Red.), *Etnische minderheden en de multiculturele samenleving* (pp. 137-168). Groningen: Wolters- Noordhoff.

- Sprock, A.P.I. (2000). Heimwee. *Verslag symposium Culturen binnen psychiatrie-muren*, 27 januari. Deel VIII. Oegstgeest: Rijngeest Groep.
- Steek, A. van, & Rozema, H. (1999). *Expats! Overleven in een niet-westerse cultuur*. Amsterdam: Scriptum.
- Sterman, D. (1996). *Een olijfboom op de ijsberg. Een transcultureel-psychiatrische visie op en behandeling van de problemen van jonge Noord- Afrikanen en hun families*. Utrecht: Nederlands Centrum Buitenlanders.
- Sterman, D. (1999). Toen grootmoeders klok in vreemde handen viel. In A. van Waning (Red.), *Multiculturele samenleving en psychoanalyse* (pp. 45-52). Assen: Van Gorcum.
- Stevens, G.W.J.M., Vollebergh, W.A.M., Pels, T.V.M., & Crijnen, A.A.M. (2005). Patronen van acculturatie en probleemgedrag bij Marokkaanse jongeren in Nederland. *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie*, 60, 163-173.
- Suárez-Orozco, M., & Suárez-Orozco, C. (1995). Migration: Generational discontinuities and the making of Latino identities. In L. Romanucci-Ross & G. de Vos (Red.), *Ethnic identity. Creation, conflict and accommodation* (pp. 321-347). (3<sup>th</sup> ed.) Walnut Creek, CA: Alta Mira Press.
- Tjin A Djie, K., & Zwaan, I. (2007). *Beschermjassen, transculturele hulp aan families*. Assen: Van Gorcum.
- Veel Turkse huwelijken met familie. (2008, 12 maart). *Brabants Dagblad*. p. 5.
- Verdonk, A. (1977). Migratie en psychische stoornis. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 6, 406- 419.
- Verkuyten, M. (1999). *Etnische identiteit. Theoretische en empirische benaderingen*. Amsterdam: Het Spinhuis.
- Verkuyten, M. (2006). Opgroeien in etnisch-culturele diversiteit. *De Psycholoog*, 41, 378-385.
- Vianu, D. (2002). *Transculturele aspecten van depressie bij migranten*. Module in het behandelprogramma 'Migranten met depressie', Amsterdam, Deeltijdbehandeling GGZ' De Meren.
- Vijver, F. van de (2005). *Integratie en multiculturalisme: Wat weten we nu echt?* Thema: Inburgering. 17 juni. Tilburg: Verslag Palet-Babylon seminar.
- Vliet, T. van (2001). Homesickness: Antecedents, consequences and mediating processes. Academisch proefschrift. Wageningen: Ponsen & Looijen.
- Yerden, I. (2001). *Ik bepaal mijn eigen lot. Turkse meisjes in conflict situaties*. Amsterdam: Het Spinhuis.
- Waning, A. van (1999). Over cultuur en zelfbeleving. In A. van Waning (Red.), *Multiculturele samenleving en psychoanalyse* (pp. 17-25). Assen: Van Gorcum.
- Westerborg, M. (1999). Het beste van twee werelden- het onvermogen tot rouwen door ambivalentieconflicten. In A. van Waning (Red.), *Multiculturele samenleving en psychoanalyse* (pp. 37-44). Assen: Van Gorcum.



# 10

## CURRICULUM VITAE







Murat Can (1961) kwam na zijn studie Sociale Wetenschappen in Turkije (aan de Hacettepe Universiteit te Ankara) eind 1986 in het kader van gezinshereniging naar Nederland. Na enkele maanden verblijf in Nederland kreeg hij de mogelijkheid om in een onderzoeksproject te participeren bij de Wetenschapswinkel van de Katholieke Universiteit Brabant (KUB) te Tilburg. Daarna, in de periode van 1 januari 1988 tot 15 mei 1995, werkte hij als behandelaar en coördinator *Allochtonen Hulpverlening* bij het Riagg- Zuid te Rotterdam. Tussen 16 mei 1995 en 31 december 2006 was hij als senior psychotherapeut en coördinator *Interculturele Hulpverlening* werkzaam bij GGZ- Midden- Brabant te Tilburg. Verder heeft hij van oktober 2000 tot december 2002 als (part-time) wetenschappelijk medewerker bij het Trimbos Instituut gewerkt aan de depressie cursus voor Turken en Marokkanen 'Lichte Dagen Donkere Dagen' en aan een project gericht op arbeidsrelevante psychische problematiek bij allochtonen. In de periode oktober 2003 - december 2005 had hij een eigen consultatie- en adviesbureau op het terrein van multiculturele vraagstukken (Kompas), later omgezet tot Kompas Zorg & Welzijn BV ([www.kompaszw.nl](http://www.kompaszw.nl)). Hiernaast werkt hij sinds 1 oktober 2008 als directeur zorg bij de Stichting Illuminatus GGZ te Utrecht (nieuwe naam: Esens GGZ). Hij is tevens docent bij verschillende (post) doctorale opleidingen ten behoeve van psychologen, psychiaters, huisartsen, Arbo- en verzekeringsartsen e.d. Hij is getrouwd en heeft twee kinderen.

Hieronder volg een kort overzicht van zijn belangrijkste publicaties. Voor de uitgebreide versie van zijn publicaties, activiteiten, opleidingen en dergelijke zie [www.can-holding.nl](http://www.can-holding.nl)

## Publicaties (chronologische volgorde)

Boedjarath, I., Can, M., Dekker, K., & Jong, L. de (1990). *Cursus Psychosomatiek*. Programma van de GVO-bijbscholingscursus Psychosomatische Klachten ten behoeve van de Kadervrouwen; Gezondheidsvoorlichting. Den Haag: GG&GD. Afdeling GVO.

Can, M. (1994). Voor een Riagg hoef je niet gek te zijn. *Tijdschrift Eenheid van de Stichting Platform Islamitische Organisaties Rijnmond*, 2, 6-9.

Güzelcan, Y., & Can, M. (1995). *Psikofarmaka. Ruh ve sinir hastalıklarında ilaç kullanımı* [Psychofarmaca, de toepassing van medicijnen in de psychiatrie]. Amsterdam: Lundbeck B.V. (Aangepaste vertaling van het gelijknamige boekje van W.A. Nolen (1990) in het Turks).

Can, M. (1995). Geen confectiezorg maar zorg op maat. Geestelijke hulpverlening aan allochtonen. *Kwartaalnieuws van Regionaal Centrum Buitenlanders Tilburg*, 4, 3-4.

Can, M., Thung, J.T., Amzand, G., Schouten, S., & Dungen, P. van der (1995). *Gedragstherapeutisch protocol voor de behandeling van allochtone cliënten met psychosomatische klachten*. Rotterdam: Riagg- Zuid.

Can, M., & Can-Engin, H. (1995). *Siyah Lale, Göçün otuzuncu yılında Hollanda' da Türkler* [Dertig jaar migratie van Turken in Nederland]. İstanbul: Yön Matbaası.

Can, M. (1997). De kameleon en de egel, psychotherapie met (de eerste generatie) allochtonen. *Symposiumverslag Culturen binnen psychiatrie-muren, deel V* (pp. 61-66). Oegstgeest: APZ- Endegeest.

Can, M. (1997). *Sociale kaart allochtonen in Noord Brabant*. Tilburg: GGZ Midden- Brabant.

Can, M., & Can-Engin, H. (1997). *De zwarte tulp. De positie van Turken in Nederland*. Utrecht: Uitgeverij Jan van Arkel.

Can, M. (1998). Psychotherapeutische methodiek. In J.E. de Neef, J. Tenwolde, & K.A.A. Mouthaan (Red.), *Handboek interculturele zorg* (pp. 8/15-8/51). Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom.

Can, M. (2000). *Leren omgaan met je depressie. Een doe-het-zelfmethode voor je psychische welzijn in drie stappen*. Utrecht: A.W. Bruna.

Can, M. (2000). *Interculturalisatie checklist voor de geestelijke gezondheid*. Tilburg: GZZ Midden- Brabant.

Can, M., & Bakker, C. (2000). Een beetje anders. Zindelijkheidstraining ten behoeve van allochtone kinderen. In J.van den Bogaard & M. Can (Red.), *Over de grens. Psychische hulpverlening aan allochtonen* (pp. 79-90). Tilburg: Dutch University Press.

Can, M. (2000). Interculturalisatie van de geestelijke gezondheidszorg. In J. van den Bogaard & M. Can. (Red.), *Over de grens. Psychische hulpverlening aan allochtonen* (pp. 41-52). Tilburg: Dutch University Press.

Can, M. (2001). Allochtone jeugd: De oorzaak van of de oplossing voor de problematiek van allochtonen? *Tijdschrift Kinder- en Jeugd psychotherapie*, 3, 45-59.

Can, M. (2001). Integratie in deeltijd? Deeltijdbehandelingen t.b.v. allochtonen; een kwestie van wikken en wegen of gissen en missen? *Nieuwsbrief van de VMPD*, 54, 13-19.

Can, M. (2002). Geluk(t). In E.van Meekeren, A. Limburg-Okken, & R. May (Red.), *Culturen binnen psychiatriemuren. Geestelijke gezondheidszorg in een multiculturele samenleving* (pp. 233-236). Amsterdam: Boom.

Can, M. (2002). *Word wakker, wees wakker en maak de ander ook wakker. Een methode voor preventie van verslaving bij Turken*. Eindhoven: Palet.

Can, M. (2002). *Achter gesloten deuren. Achtergronden, analyse en behandelingsmogelijkheden van Turkse verslaafden in de Nederlandse samenleving*. Eindhoven: Palet.

Can, M. (2002). Heb je wel eens een niet-depressieve migrant gezien? In *Behandeling van depressie; sekse - en etnischspecifiek bekeken* (pp. 6-10). Symposium verslag. Utrecht: TransAct.

Smits, C., Voordouw, I., & Can, M. (2002). Depressieve klachten bij Turken en Marokkanen; onderzoek en praktijk. In *Behandeling van depressie; sekse - en etnischspecifiek bekeken* (pp. 11-14). Symposium verslag. Utrecht: TransAct.

Can-Engin, H., & Can, M. (2003). *Siyah Lale, Göçün 40.cı yılında Hollanda' da Türkler* [De Zwarte Tulp; positie van Turken in Nederland na 40 jaar migratie]. Rotterdam: Drukkerij Dizayn.

Can, M. (2003). Een beetje anders; zindelijkheidstraining voor allochtone kinderen. *Tijdschrift Kinder- en Jeugd psychotherapie*, 1, 43-50.

Can, M. (2003). Interculturalisatie van ARBO. *ARBO-zorg voor allochtone werknemers. Onderzoek naar de toerusting van de Nederlandse ARBO-infrastructuur voor de multi-etnische samenleving* (pp. 109-114). Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. Tilburg: Werkdocument: 235. IVA/FORUM. Juni.

Can, M., & Voordouw, I. (2003). *Lichte dagen, donkere dagen: Cursus beter leren omgaan met de depressieve klachten*. Utrecht: Trimbos Instituut.

Can, M. (2003). Zorgprogramma's voor oudere allochtonen in opbouw. In *Kansen voor interculturalisatie van de GGZ voor oudere allochtonen. Actieplan Interculturalisatie GGZ Nederland*. Conferentieverlag. Utrecht: GGZ Nederland.

Can, M. (2003). Transmuralisatie in multicultureel perspectief: Een kans die zich voordoet! In *Perspectief*. Symposiumverslag Transmuralisering. Tilburg: GGZ Midden- Brabant.

Can, M. (2003). Groepstherapie een geschenk uit de hemel, maar voor wie? *Nieuwsbrief van de VMPD*, 57, 24-33.

Can, M., & Uzer, B. (2004). *Als inkt in water, laagdrempelige psycho-educatie voor Turken en Marokkanen*. Rotterdam: Mikado- GGZ Nederland.

Can, M. (2004). In H. Rohlof, A. Sbiti, & A. Snijdwind (Red.), Een uitstralende mogelijkheid; lichte dagen donkere dagen. *Culturen zonder muren. Samen werken op onbekend terrein* (pp. 71-82). Badhoevedorp: Mension.

Can, M. (2004). De gezondheidssituatie van Turken in Nederland. In H. Can-Engin (Red.), *De positie van Turken in Nederland, Veertig jaar migratie* (pp. 76- 87). Utrecht: Inpraakorgaan Turken in Nederland.

Can, M., & Nijs, J. (2006). *Het leren omgaan met je relatie*. Badhoevedorp: Mension.

Can, M. (2006). Voorwoord. In M. Can & A. Snijdwind (Red.), *Culturen zonder muren IV. Thema: Nieuwe initiatieven in de transculturele psychiatrie* (pp. 6-11). Badhoevedorp: Mension.

Biemans, H., & Can, M. (2006). Het transculturele intake protocol. In M. Can & A. Snijdwind (Red.), *Culturen zonder muren IV. Thema: Nieuwe initiatieven in de transculturele psychiatrie* (pp. 77-89). Badhoevedorp: Mension.

Can, M., & Smallenbroek, B. (2009). Arbeidsproblematiek bij allochtonen: Boobytrap of Christmas cracker? In *Gezondheidsmanagement Bedrijf in Beweging, gezondheidsmanagement- diversiteit- economische situatie. Inzichten vanuit praktijk, wetenschap en beleid*. Congresverslag (pp. 15). Amersfoort: Zwaan Printmedia.

Can, M., Rijnders, P., & Heene, E. (2010). Kortdurende ggz- interventies bij allochtonen. In P. Rijnders, & E. Heene (Red.), *Kortdurende psychologische interventies voor de eerste lijn*. Amsterdam: Boom.